EPB Sor
JOV. C/7

JOURNAL

DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES,

ACCOMPAGNÉ DE DEUX ATLAS,

CONTENANT CHACUN SIX PLANCHES D'ANATOMIE DE GRANDEUR NATURELLE

GRAVÉES SUR ACIER;

PUBLIÉ PAR LES DOCTEURS

J. LEBAUDY, H. GOURAUD, MARTIN-LAUZER.

TREIZIÈME ANNÉE.

PREMIER SEMESTRE.

On souscrit

AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DE L'UNIVERSITÉ, 30,
A PARIS.

1845.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 1. — JUILLET 1845.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE.

HÔPITAL SAINT-LOUIS.

I. Considérations théoriques et pratiques sur la gale (1).

On croyait jadis, et quelques médecins qui partagent à cet égard les préjugés du vulgaire croient encore aujourd'hui, que *la gale* provenait, comme les affections dartreuses, d'une cause humorale qui pouvait la provoquer, l'entretenir, la reproduire, donner lieu à des accidents dits de *rétrocession* ou de *répercussion*, si l'éruption était supprimée sans précautions, laisser après la guérison apparente de l'éruption des traces plus ou moins profondes dans l'économie!.. Et, pour la plupart des praticiens du siècle dernier, une médication générale plus ou moins complexe était nécessaire pour combattre et annihiler le virus psorique.

Remarquons cependant que, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, il s'est toujours trouvé des partisans d'une opinion plus saine et plus en harmonie avec les faits, lesquels regardant avec juste raison la gale comme une maladie accidentelle, apportée du dehors, susceptible de guérir rapidement et radicalement par des remèdes fort simples, négligeaient toutes les précautions conseillées par les autres médecins, ne partageaient aucune des inquiétudes qu'ils s'étaient plu à répandre dans l'esprit du vulgaire, et n'employaient que quelques topiques pour guérir la gale.

Ainsi, tandis que *Galien* prescrivait l'usage des purgatifs, du régime et de diverses précautions, *Celse* se bornait à conseiller les bains et l'onguent soufré.

Ainsi, dans le siècle dernier, *Richard Mead*, éclairé par les expériences microscopiques sur l'*acarus* communiquées par *Cosimo Bonomo* à *Fr. Redi*, soutenait énergiquement, contre l'opinion générale des médecins de son temps, que les remèdes extérieurs suffisaient pour guérir radicalement la gale.

Lorry, en rapportant l'opinion de *R. Mead*, commence par déclarer que les médecins ont singulièrement abusé de l'hypothèse qui tend à expliquer la théorie de la contagion par la présence de petits animaux parasites microscopiques. Toutefois il admet, comme digne de foi et comme pouvant faire autorité, l'opinion de *R. Mead*, mais il hésite encore à regarder la gale comme une affection externe et accidentelle. Bien plus, tout en s'efforçant de lutter contre les préjugés de son temps relatifs à la gale dite *spontanée*, à la gale *épidémique*, à la gale *rentrée*, etc., il persiste à croire au danger de la gale négligée, invétérée et mal traitée. Il cite même des exemples de manie, d'asthme, de phthisie, de cachexie mélancolique, suites de gale répercutée. Enfin, il rapporte l'observation suivante comme exemple du danger de cette répercussion :

« J'ai vu, dit-il, une jeune fille qui, *par* » *suite de la répercussion de la gale*, était » atteinte d'une fièvre aiguë avec toux conti- » nuelle, accidents qui faisaient craindre pour » ses jours; cependant cette jeune fille se ré- » tablit complètement, après qu'on l'eut re- » vêtue, pendant l'espace d'une nuit tout » entière, de la chemise d'un galeux. »

Les dermatologues modernes, d'accord en cela avec *Jos. Franck*, regardent la doctrine de la *rétrocession* de la gale comme une théorie qui répugne à la saine raison, et je crois, pour ma part, avec cet auteur éclairé, qu'il est arrivé plus d'une fois que les accidents attribués par le vulgaire à la rétropulsion de la gale étaient dus à l'action sur l'économie de remèdes violents et intempestifs. J'ajoute qu'il arrive pour la gale ce qui se voit dans toutes les maladies cutanées chroniques, c'est-à-dire que tout mouvement fébrile violent, que toute maladie intercurrente un peu grave, peut suspendre l'éruption, la faire disparaître pour un temps, et que par une fausse interprétation donnée à des faits de cette nature on a cru à une *répercussion*, à une *rétropulsion* qui n'existait réellement pas.

La *résurrection de l'acarus* opérée en 1834

(1) Nous avons déjà publié dans ce journal plusieurs articles dermatologiques empruntés, soit aux cliniques de M. Gibert, soit aux leçons pratiques qui composent son cours d'été annuel à l'hôpital Saint-Louis. On trouvera notamment, dans les numéros de juillet et d'août 1844, un exposé complet de la thérapeutique spéciale des *dartres* (ou mieux de l'espèce *eczéma*, qui est pour ainsi dire le type des affections dartreuses). Aujourd'hui nous reproduisons (en extrait) l'une des leçons récentes du cours de cette année, qui a pour sujet la maladie de la peau la plus commune et la plus répandue, celle sur laquelle il est le plus important peut-être que tous les praticiens aient des notions exactes.

(*N. D. R.*)

à la consultation publique de notre prédécesseur *Alibert*, à l'hôpital Saint-Louis, par un étudiant corse (*M. Renucci*) qui a fait voir l'insecte à ceux qui ne doutaient que parce qu'ils ne savaient point chercher et trouver l'animal parasite (déja mis hors de doute par la lettre de *Cosimo Bonomo*, publiée dans le siècle dernier, et par les expériences publiques faites en 1812 à l'hôpital Saint-Louis par le pharmacien *Galès*); cette résurrection, dis-je, est venue confirmer la doctrine des dermatologues modernes.

L'année passée, en présence des médecins qui suivent ma clinique et ma consultation du lundi, dans l'intervalle de mes cours d'été, j'ai pratiqué, au moyen de l'*acarus*, l'inoculation de la gale.

Le 22 avril 1844, M. le docteur Grenier, présent à cette séance, ayant soulevé avec la pointe d'une épingle l'épiderme d'un sillon formé par l'*acarus* sur les mains d'un galeux qui venait demander à être admis dans les salles, recueillit l'insecte qui apparut sous l'apparence d'un petit point blanc mobile très appréciable à l'œil nu. Je déposai ce petit corps, sans autre précaution, à la surface de la peau, dans l'intervalle des doigts de M. Basset, élève externe, qui voulut bien se prêter à l'expérience. On vit l'insecte se fixer en ce lieu et brunir un peu, de blanc et transparent qu'il était d'abord. Les trois jours suivants, mardi, mercredi et jeudi, rien de nouveau ne fut observé; le premier jour seulement, lundi, M. Basset avait eu soin de ne pas se laver la main, mais, je le répète, on n'avait pris aucune autre précaution.

Dans la nuit du jeudi au vendredi, quelques démangeaisons se firent sentir. Le vendredi matin, on découvrait à l'œil nu un petit sillon aboutissant à une vésicule incolore aussi petite que la pointe d'une épingle. Le lundi suivant, septième jour, nous fîmes constater par les assistants, à la consultation publique, la présence de deux petites vésicules de gale, très proches l'une de l'autre, avec deux petits sillons sous-épidermiques. Dans le cours de la journée, M. Basset ayant éprouvé, au sortir d'un lieu chaud et renfermé, des démangeaisons un peu vives, il se hâta d'arrêter les progrès de l'éruption. Ayant piqué le sillon principal, il en retira avec la pointe d'une épingle un corpuscule blanc qui lui parut être l'acarus, puis cautérisa vésicules et sillons avec le nitrate d'argent : dès lors la maladie avorta. La méthode cotrotique est en effet très applicable à la gale lorsque l'on peut l'employer dès le début de l'éruption.

Malgré tout ce que nous venons de dire, il n'en demeure pas moins vrai que la gale est peut-être la maladie de la peau qui inspire généralement le plus de répugnance et de dégoût, celle qui cause aux gens du monde le plus de craintes et d'inquiétude. Il est de la plus haute importance que le médecin sache la reconnaître avec précision et n'hésite point dans le diagnostic des diverses éruptions qui peuvent la simuler. Or, il est des cas où ce diagnostic devient d'une difficulté telle que les médecins les plus habiles peuvent être embarrassés et commettre des erreurs.

Il y a quelques années je fus appelé chez madame la marquise de B., où les faits suivants me furent rapportés par le médecin ordinaire de la maison. La marquise, âgée et infirme, ayant besoin d'une seconde femme de chambre pour aider la première, avait fait venir de la campagne une jeune fille qui, presque dès son arrivée, dut consulter le médecin pour une éruption prurigineuse dont elle était atteinte. Cette éruption, irrégulièrement répandue sur les membres, paraissait offrir les caractères du *prurigo*, et on laissa cette jeune fille continuer son service. Cependant, au bout d'un mois environ, la marquise s'aperçut de quelques boutons prurigineux qui parurent d'abord au ventre, puis se montrèrent aux membres supérieurs, causant des démangeaisons qui devenaient intolérables surtout la nuit. Peu après, la première femme de chambre, qui donnait plus habituellement des soins intimes à sa maîtresse et qui, notamment, l'aidait fréquemment à se soulever en la prenant par les mains, se plaignit aussi d'une éruption. Enfin, un peu plus tard, un jeune enfant de l'hôtel fut encore infecté. Il n'était plus guère possible dès lors de méconnaître une maladie contagieuse importée par la jeune fille qui était venue de la campagne; et cependant je dois avouer que lorsque je fus appelé à visiter les trois malades mentionnées en premier lieu, il me fut difficile à moi-même de constater d'une manière bien positive les caractères ordinaires des vésicules de la gale, au milieu des papules de *prurigo* et des vésicules enflammées d'*eczéma* qui la compliquaient et qui en obscurcissaient le diagnostic.

Plusieurs fois j'ai rencontré, soit dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, soit à la consultation publique, des enfants ou des jeunes gens de l'un ou de l'autre sexe qui présentaient aux mains, dans l'intervalle des doigts, des vésicules d'*eczema simplex* qui, à la première vue, simulaient presque à s'y méprendre la gale véritable. Plus souvent encore en ville j'ai observé des cas de *strophulus* et de *lichen* que l'on avait regardés et traités à tort comme des cas de gale, et réciproquement des exemples de gale méconnue et confondue avec l'*eczéma*, le *lichen* ou le *prurigo*. L'*herpes phlyctænodes* lui-même, qui siége assez souvent aux mains, et qui, chez quelques sujets, ne s'accompagne pas dans les premiers jours d'une inflammation bien prononcée, a pu être confondu avec la gale. J'ai même vu un professeur célèbre commettre, en présence de ses élèves, cette erreur grave de diagnostic. Enfin, il y a deux ans environ, j'ai reçu et guéri dans mon service la mère et l'enfant affectés d'une gale compliquée d'*eczéma* et de *lichen* dont l'existence avait été niée avec obstination par le médecin chargé du soin des galeux de l'hôpital. Tous ces exemples doivent rendre le praticien très prudent et très attentif; car, dans des erreurs de ce genre, il expose en même

temps sa réputation et la santé de ses clients ; il peut compromettre les plus chers intérêts, troubler toute une famille, priver l'ouvrier ou le serviteur de son travail, en un mot amener, par suite d'une décision irréfléchie et précipitée, des résultats dont il aura tout lieu de se repentir plus tard.

Voici, en peu de mots, quels sont les principes qui doivent guider le médecin dans les cas difficiles.

Le siége d'élection constant de l'éruption est le point capital du diagnostic. Les vésicules de la gale se montrent, en fort petit nombre d'abord, bien distinctes et bien isolées les unes des autres, à la base des doigts, dans l'intervalle qui les sépare. Un peu plus tard, quelques petites vésicules également isolées, claires et séreuses, surviennent au poignet, tout près du point de jonction de la paume de la main avec l'avant-bras. Plus tard encore, quelques autres vésicules apparaissent au pli du coude, et successivement aux aisselles, et sur le devant de la poitrine et du ventre.

L'*eczema simplex*, l'*herpes*, le *prurigo*, le *lichen* n'offrent ni ce mode de développement, ni cette succession. Ainsi, le *prurigo* est souvent très répandu et très intense, couvre les membres supérieurs, par exemple, sans qu'il y ait un seul bouton entre les doigts ni à la face palmaire du poignet. Au contraire, l'*eczema*, l'*herpes*, le *lichen* envahissent souvent les mains et y persistent sans s'étendre aux autres points où se propage ordinairement l'éruption de la gale.

Les diverses éruptions qui peuvent simuler la gale naissent spontanément, sont sujettes à se reproduire, n'offrent pas dans leur marche ce développement et ces progrès successifs que présente la gale ; mais, après un état stationnaire plus ou moins prolongé, ou même après une résolution qui semble promettre une guérison prochaine, ces éruptions sont sujettes à s'exaspérer brusquement et sans motif, et à repousser pour ainsi dire avec une nouvelle intensité.

Presque toujours les vésicules de l'*eczéma* et surtout celles de l'*herpes*, au lieu de rester isolées comme celles de la gale, se rapprochent et s'agglomèrent en groupes plus ou moins confluents. Souvent surviennent dans l'*eczema* ces excoriations humides et squameuses qui donnent à l'éruption une physionomie dartreuse et constituent ce que dans son langage pittoresque et énergique Alibert appelait l'*herpes squamosus madidans* (dartre squameuse humide).

Les cas les plus difficiles sont ceux, comme nous l'avons dit, où il existe une complication qui vient mélanger ensemble les caractères assignés par les auteurs aux diverses éruptions papuleuses, vésiculeuses et même pustuleuses qui peuvent se trouver réunies sur le même sujet ; heureusement ces cas sont aussi les plus rares, surtout lorsqu'il n'y a point eu encore de médication topique employée.

Quant au traitement, je n'approuve pas les tentatives récentes qui ont été faites dans un esprit prétendu progressif pour substituer à des remèdes économiques et d'une efficacité constante des préparations d'un prix élevé et d'une action très infidèle (tels que les divers iodures, par exemple), et je regarde encore aujourd'hui les sulfureux comme le remède le plus sûr et le meilleur de la gale.

Les fumigations sulfureuses conseillées en 1813 par Galès, les bains de Baréges factices appliqués au traitement de la gale des enfants par M. Jadelot, ne me paraissent devoir être employés que comme accessoires, et la pommade d'*Helmerick* (ou sulfuro-alcaline de l'hôpital Saint-Louis), qui se compose de 8 parties d'axonge, 2 parties de fleurs de soufre, 1 partie de carbonate de soude ou de potasse, est toujours pour nous le spécifique par excellence.

Il nous arrive pourtant en ville de nous en abstenir pour complaire à la susceptibilité des malades, et alors nous nous bornons à l'emploi des lotions et des bains locaux sulfureux préparés extemporanément d'après le procédé d'Alibert et de Dupuytren. On sait que ce procédé consiste à ajouter à une cuvette d'eau de son un verre à liqueur d'une solution de 70 grammes de sulfate de soude dans 750 grammes d'eau de fontaine (dite n° 1) et d'une autre solution (dite n° 2) et contenant 100 grammes d'acide sulfurique pour la quantité d'eau déjà indiquée.

Le malade lave les boutons et plonge les mains quelques minutes matin et soir dans ce bain local. La gale peut être ainsi guérie en huit ou dix jours, lorsqu'elle est récente.

En général, il ne faut pas trop chercher, en multipliant l'application des remèdes ou en ayant recours à des agents énergiques, à abréger le traitement de la gale (comme l'avait proposé d'abord *Helmerick*, et, à l'imitation du chirurgien hollandais, notre compatriote le docteur Burdin), car on risquerait de provoquer, par une stimulation trop vive de la peau, des éruptions inflammatoires, soit papuleuses, soit vésiculeuses, soit pustuleuses, qui forceraient d'interrompre le traitement et retarderaient ainsi une guérison qu'on avait voulu rendre plus rapide.

Les préparations mercurielles qu'on a voulu substituer au soufre, l'onguent citrin, la quintessence antipsorique de Mettemberg, la pommade au calomel de Werlhoof, etc., sont bien loin d'offrir la sûreté et l'innocuité des préparations sulfureuses.

Bien des fois, par exemple, nous avons eu à traiter des salivations et des inflammations aphtheuses de la bouche occasionées par quelques frictions faites avec l'onguent citrin, qui est pourtant le médicament qu'à cause de sa couleur et de son manque d'odeur les pharmaciens de Paris délivrent le plus volontiers aux individus qui viennent leur demander un remède contre la gale.

Pour résumer en peu de mots ce que nous avons dit touchant la nature, le diagnostic, le pronostic et le traitement, nous émettrons les propositions suivantes :

1° La gale est une maladie accidentelle et de cause externe, qui ne saurait se développer ni se reproduire spontanément, mais qui est toujours communiquée par contagion. Elle ne peut laisser après elle aucune altération dans les humeurs, ne réclame aucun remède interne et guérit radicalement par le seul emploi de quelques topiques. Les dangers attribués à la gale dite *rentrée* ou *répercutée* n'existent que dans l'imagination des malades trompée par des théories fausses et ridicules.

2° La forme, le mode de développement, le siége d'élection, la propagation successive à certaines régions du corps bien déterminées de l'éruption de la gale, sont la base la plus sûre du diagnostic qui devient surtout difficile dans le cas de complications.

3° Les topiques les plus sûrs, les plus innocents et les moins coûteux pour guérir la gale sont aujourd'hui, comme au temps de *Celse*, les sulfureux.

GIBERT,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔTEL-DIEU ET CHARITÉ.

II. Cinq cas de hernie crurale étranglée.

Nous avons déjà eu occasion de faire remarquer plusieurs fois que dans les hôpitaux un cas chirurgical en appelle un semblable et ne reste jamais isolé. C'est ainsi qu'en un mois nous avons compté dans un service dix opérations de fistule lacrymale, et ailleurs dans un temps aussi court un nombre presque égal de fractures du radius, de luxations, etc., etc.—Eh bien! dernièrement le vent était aux hernies; à l'Hôtel-Dieu une hernie crurale étranglée en a amené trois autres et la Charité nous en a fourni aussi un exemple.—Ces cinq herniotomies ont fixé l'attention des élèves, parce qu'elles ne sont pas dans les opérations courantes.—Elles ont toutes été pratiquées avec le même talent; la plupart se sont terminées heureusement et promptement; la moyenne du traitement a été de quinze jours.

Nous allons rapporter ces observations dans l'ordre d'apparition et nous les ferons suivre de considérations dont l'oubli est impardonnable lorsqu'on se livre à la pratique de la chirurgie.

Le premier cas est celui du numéro 26 de la salle Saint-Paul. — Il s'agit d'une femme qui soudainement vit paraître une hernie crurale au côté droit.—L'étranglement suivit de très près sa formation, les souffrances l'obligèrent à aller à l'hôpital.—C'était à la fin de décembre.—A son entrée, la blessure datait de quelques heures à peine, la tumeur peu volumineuse était marronée, un peu plus étendue en largeur qu'en hauteur, dure, très sensible à la pression qui multipliait les nausées, sollicitait les vomissements.—Des tentatives de réduction sagement conduites n'amenèrent aucun résultat satisfaisant; on mit la malade dans un bain tiède, on essaya l'emploi des divers moyens que la raison commande avant l'usage du bistouri, lorsqu'il n'y a pas urgence. — Le professeur Blandin prévint que si les accidents ne cessaient pas avant le soir, il pratiquerait le débridement à six heures précises. Le rendez-vous ne fut pas oublié et de nombreux élèves arrivaient aussitôt que lui pour voir la malade, assister au dénoûment. Les ressources médicales étaient restées impuissantes, la chirurgie ne pouvait différer, il était indispensable qu'elle intervînt et dans le plus bref délai. Tout avait été disposé à l'avance; A. M... est portée à l'amphithéâtre. Une première incision de 5 à 6 centimètres, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, coupant à angle aigu la direction du ligament de Poupart et marchant à peu près parallèlement au bord interne du muscle couturier, intéressa la peau et le tissu cellulaire sous-dermeux seulement. Une seconde faite avec une précaution extrême divise le fascia superficialis; puis, soulevant avec des pinces à dissection le tissu cellulaire couche par couche, l'opérateur arriva au sac; il l'ouvrit, il ne contenait que quelques gouttes de sérosité; l'anneau embrassait étroitement l'intestin, il était évidemment le siége des désordres; car l'étranglement par le collet n'est admissible que dans les déplacements viscéraux anciens.—Et, en effet, ne faut-il pas que les plis du péritoine s'unissent par des adhérences intimes? — Sur la pulpe de l'index gauche le chirurgien a glissé une sonde cannelée entre l'intestin et le collet, elle a facilité la marche d'un bistouri à lame très étroite qui, convenablement dirigé, a coupé le ligament de Gimbernat, en rasant le pubis.—Le soulagement a été immédiat. Les organes un peu violacés étaient sains, ils sont rentrés sans effort, une partie du sac est seule restée au dehors, tout symptôme fâcheux a disparu sans retour.—Peu de jours après le sac a été frappé de gangrène et des adhérences étroites qui sont des garanties pour l'avenir ont uni le collet au pourtour de l'anneau, et la cicatrice n'a pas tardé à être complète.

Le 13 janvier 1845, après vingt-quatre jours d'hôpital, cette femme est retournée chez elle aussi bien guérie que possible, ayant moins de chances que par le passé de contracter une hernie. Cependant le docteur Blandin n'a pas voulu lui signer son *exeat* avant de lui avoir délivré un bandage et de lui avoir appris à l'appliquer. — Il a cent fois raison et nous applaudissons hautement à cette prudence raisonnée, parce qu'il est impossible d'affirmer que la guérison est définitive; un exemple écarte toute objection; ce chirurgien de l'Hôtel-Dieu a pratiqué la herniotomie sur une femme qui précédemment avait été opérée deux fois par le célèbre Dupuytren.

Cette citation ne fait-elle pas le procès *des cures dites radicales*? — Si sans doute. Guérir radicalement une hernie inguinale ou crurale est impossible. — Or les méthodes

conseillées sont sérieuses, graves, elles compromettent la vie. Il est raisonnable de s'en abstenir.

—Le 30 décembre 1844, Duclos, âgé de 36 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, 29. Depuis deux ans il avait une hernie crurale au côté droit. Elle le gênait peu ; il ne s'en préoccupait guère ; il ne la maintenait même pas réduite. — Du reste, dans les derniers temps, elle ne pouvait plus rentrer complètement.—A la suite d'une forte indigestion et des efforts de vomissement qu'elle détermina, elle s'étrangla, et bientôt aux coliques succédèrent les nausées et plus encore. Effrayé d'accidents aussi subitement développés, il se fit porter à l'hôpital. La tumeur, qui avait le volume d'une noix, était dure, tendue, elle résistait aux tentatives de réduction, et les bains, les antiphlogistiques furent aussi vainement employés.—Temporiser était aggraver le danger, enlever au blessé les chances de salut que la chirurgie pouvait lui promettre: on se décide à l'opération que Duclos accepte sans hésitation.—Une première incision de 5 centimètres environ, dans la direction du bord interne du couturier, ou un peu oblique par rapport à celle du ligament crural, divise avec légèreté la peau et le tissu cellulaire qu'elle recouvre ; un second coup porté avec plus de prudence encore partagea le fascia superficialis; le tissu cellulaire soulevé couche par couche laisse le sac à nu. Cette conduite était la seule à tenir; car le sac était intimement appliqué sur les organes déplacés ; pas une goutte de sérosité, à bien dire, ne sortit à son ouverture. —La hernie était une entéro-épiplocèle. —Une sonde cannelée fut glissée dans le collet du sac; cet instrument dirigea le bistouri qui fendit à l'instant et ce collet et le ligament de Gimbernat à son insertion pubienne. — L'intestin était violacé, mais il n'avait rien perdu de sa rénitence, de sa tonicité; il rentra sans difficulté; l'épiploon avait des adhérences au dehors, l'opérateur en excisa une partie. — Tous les accidents cessèrent aussitôt; on pansa mollement : un linge fénêtré, de la charpie mollette, une compresse, un bandage triangulaire.

Ce cas était plus grave que le précédent pour deux motifs qui ressortent de ce qui précède : 1° le débridement est plus sérieux chez l'homme que chez la femme à cause de la proximité du cordon, de l'artère spermatique; 2° parce qu'il a été nécessaire de sacrifier une partie de l'épiploon hernié. — Quoi qu'il en soit, la marche a été aussi régulière et aussi prompte ; car, le 15 janvier 1845, la plaie ne consistait plus qu'en quelques bourgeons charnus qu'il a suffi de déprimer avec le nitrate d'argent pour que la cicatrice s'achevât.

Le 20 janvier, Duclos sort guéri.—La région crurale n'est certainement pas dans l'état normal, mais dans un état anormal bien préférable à celui qui précédait l'étranglement; l'épiploon resté dans l'anneau a contracté des adhérences qui sont des garanties pour l'avenir. —Cependant on aurait tort d'y avoir trop confiance; aussi approuvons-nous encore le sage conseil de délivrer et d'appliquer un bandage avant la sortie.

—Le 2 janvier 1845, au n° 2 de la salle Saint-Roch, a été couchée une femme de 53 ans, J. Gagneux. Maigre, sèche, mais jusque-là d'une bonne santé, elle a été prise subitement, au milieu de la nuit précédente, des symptômes d'un étranglement herniaire. — Voici comment se sont montrés les accidents : depuis une semaine elle était fortement enrhumée ; l'expectoration difficile nécessitait des efforts prolongés ; à deux heures après minuit, le 1er janvier, elle fut réveillée par une quinte de toux et, au lieu de se mettre sur son séant, de choisir la position la plus convenable, la moins pénible pour y satisfaire, elle resta dans le décubitus dorsal. Ainsi les parois de la poitrine sont fixées, le diaphragme seul obéit aux inspirations brusques, saccadées, il refoule avec énergie les intestins, qui, trouvant l'anneau crural libre, le forcent et s'y engagent. Elle a eu conscience du déplacement et la main portée aussitôt dans l'aine droite a reconnu une tumeur qui n'existait pas antérieurement, elle l'a pressée à plusieurs reprises : inutile ! elle ne pouvait rentrer. — Elle souffrait ; les souffrances s'exaspéraient ; elle s'en inquiétait et attendait le jour avec la plus vive anxiété. A six heures, elle a fait appeler son médecin, il est arrivé, a reconnu la lésion et l'a engagée à aller à l'Hôtel-Dieu. A son entrée, l'étranglement datait donc à peine de six heures, la tumeur avait le volume d'une noix, la forme d'un marron; la malade avait le visage pâle, les traits tirés, la voix brisée; on notait et des nausées et des vomissements. A ce commémoratif et à cet appareil de symptômes, le diagnostic était clair, précis, le pronostic exigeait une résolution prompte. M. Roux ne jugea pas convenable de tenter la réduction, il opéra immédiatement et la suite prouva qu'il fit bien. — L'incision en croix n'était pas nécessaire, on pouvait même se dispenser de l'incision en T renversé ; une simple incision rectiligne devait suffire pour une tumeur aussi petite.—On lui donna deux pouces de longueur et une légère obliquité par rapport au ligament de Fallope. Elle intéressait la peau, le tissu cellulaire sous-dermeux et le fascia superficialis. On fendit ensuite à petit coups le tissu cellulaire profond, avec ménagement le *fascia propria*, avec une plus minutieuse attention encore les lamelles en contact avec le sac et le sac lui-même, qui ne renfermait que quelques gouttes de liquide et coiffait immédiatement l'intestin qu'un mouvement un peu brusque du bistouri n'eût pas manqué de compromettre. L'opérateur reconnut que l'étranglement ne siégeait pas à l'orifice inférieur, mais à l'anneau crural proprement dit.—Sur la pulpe de l'index gauche il glissa, entre l'intestin et le collet du sac, une sonde cannelée qui lui permit de conduire un bistouri courbe et de trancher à la fois et ce collet et le ligament de Gimbernat en rasant le pubis.

Aussitôt le danger fut conjuré, les accidents cessèrent, et sans difficulté on effectua la réduction.

La réaction s'est maintenue dans de justes bornes; la malade a eu à peine un léger mouvement fébrile pendant trois ou quatre jours; la plaie a marché avec régularité vers la cicatrisation.

Le 24, la guérison s'achevait.

— Au n° 10 de la salle Saint-Paul, a été placée, le 23 février, une femme d'un âge avancé, qui avait une hernie crurale étranglée du côté droit.—La herniotomie a été pratiquée quelques heures après son entrée, elle a offert des particularités à signaler.

Si l'on ajoute foi au récit de la blessée et de sa fille, la hernie, de date récente, s'est étranglée en se formant. La tumeur a paru le 19; douloureuse, elle a aussitôt amené des nausées, des vomissements, qui par le repos au lit se sont arrêtés, au bout de 24 heures, pour reparaître plus tard.—On les constatait à son entrée, les traits étaient altérés, l'haleine répandait l'odeur de matière fécale.

La tumeur était petite. — Ce volume et la formation récente faisaient penser que l'étranglement était intime, qu'il n'y avait pas à différer; les accidents, leur nature, leur suspension et leur retour, tout parlait dans le même sens. — Au premier aspect, le professeur Blandin crut avoir affaire à une hernie inguinale: une palpation attentive redressa le diagnostic. La hernie inguinale, quelque petite qu'elle soit, tend à gagner le scrotum; la hernie crurale, au contraire, reste toujours en dehors de la peau des bourses.—La hernie crurale est toujours plus superficielle que sa voisine, et ici c'était manifeste; la pulpe des doigts dans l'exploration semblait n'être séparée des intestins que par le tégument. Le chirurgien devait donc apporter le plus grand soin dans le cours de cette opération. — Après son premier coup de bistouri, il tomba dans une cavité.—Sa surprise fut extrême, parce que sa configuration, l'aspect des tissus, leur couleur, tout semblait lui assurer qu'il avait ouvert le sac, qu'il était en présence de l'intestin, et pourtant, en y regardant bien, son instrument n'avait encore divisé que la peau et le tissu sous-cutané, et le doigt ne distinguait pas nettement le pourtour de l'anneau comme cela doit avoir lieu.—Dans l'incertitude où le mettait cette singularité, il approcha la bougie, examina de plus près, et crut voir, à travers une pellicule qui simulait la séreuse, des flocons graisseux. A la faveur d'un ténaculum, il la souleva, l'ouvrit et reconnut que ses prévisions étaient fondées. Soulevant, à bien dire, les cellules une à une et les divisant avec précaution, il arriva au véritable sac.—Il coupa celui-ci en dédolant: l'intestin était violacé, mais il n'avait point perdu sa rénitence, sa force de cohésion. — A l'aide d'un bistouri étroit, boutonné, il divisa le collet du sac et le ligament de Gimbernat.—La douleur s'apaisa, les vomissements cessèrent et le taxis s'effectua sans la moindre difficulté.

Un lavement purgatif administré douze heures après l'opération, ainsi que le fait toujours le professeur Blandin, produisit une superpurgation. — Malgré cela la malade épuisée par l'âge et les souffrances succomba le quatrième jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu.

—La Charité a eu aussi des cas chirurgicaux de même nature.—Le 20 mars dernier, nous avons vu placer la femme Jolivet salle Sainte-Marthe, n° 55, et nous avons assisté le 24 à l'opération que nécessitait sa position.

Cette blessée avait cinquante ans; petite, brune, d'une bonne constitution, elle s'était toujours bien portée; jamais elle n'avait rien eu dans l'aine, elle assurait ne jamais y avoir remarqué de tumeur. — Le 20 mars, en vaquant à ses occupations peu pénibles, sans effort, sans cause appréciable, une hernie crurale se manifesta à droite et s'annonça par tous les symptômes caractéristiques de l'étranglement. Elle se fit transférer promptement à l'hôpital, et couchée elle éprouva moins de douleurs; moins d'accidents. — On tenta la réduction, impossible. — Trois jours on mit en usage la série de moyens qui comptent des succès, ce fut inutilement.—Le 24, il n'était plus possible de temporiser; on lui proposa l'opération.—Le manuel opératoire a été long, minutieux, comme il l'est si souvent en pareille occurrence; le débridement a présenté des difficultés ou plutôt l'intestin fortement étranglé a eu de la peine à retrouver son domicile. Le professeur Velpeau (selon, je crois, son habitude) a débridé, à la manière de Sharp, en dehors et en haut. L'obstacle n'a pas été levé.—Il a renouvelé une seconde et une troisième fois ce temps opératoire et s'est même vu dans la nécessité d'agir directement en haut (Pott).—Alors seulement le taxis a été possible.—Les accidents ont cessé et la première semaine promettait une guérison prompte, lorsqu'une diarrhée est venue arrêter le travail cicatriciel et prolonger la convalescence.

Chacune de ces observations offre de l'intérêt; rapprochées l'une de l'autre, elles acquièrent de l'importance et par leurs analogies, et par leurs dissemblances.—Toutes ces hernies existaient à droite; quatre étaient *entérocèles*, une *entéro-épiplocèle*; dans les cinq le sac coiffait étroitement les organes déplacés; il renfermait à peine quelques gouttes de sérosité; l'étranglement avait son siége à l'anneau; il était survenu subitement quatre fois au moment du déplacement intestinal.—Le débridement a généralement été facile et la guérison rapide, sans accident. — Il faut se garder d'inférer de là que la hernie crurale étranglée n'est pas une blessure très grave; car il est excessivement rare, sur cinq herniotomies prises au hasard, comme se sont offertes celles-là à notre observation, de compter quatre terminaisons favorables. — Pour le rappeler, terminons cet article par quelques

considérations générales indispensables à retenir quand on est jaloux, et on doit toujours l'être, de ménager à son client les chances les plus belles.

Avant tout, décrivons en trois mots le canal crural.—Nous ne sommes pas encore loin de l'époque où les anatomistes n'étaient point d'accord sur l'existence d'un canal proprement dit.—Aujourd'hui les dissidences ont cessé; ils repoussent généralement l'idée d'un anneau pur et simple et s'entendent sur la longueur du canal, sur ses limites.— Comme le canal inguinal, il a deux orifices et un trajet: 1° l'anneau crural ou supérieur limité en avant par le ligament de Fallope, en arrière par le corps du pubis, en dehors par la gaîne iliaque des psoas, en dedans par le bord tranchant du ligament de Gimbernat; 2° l'anneau inférieur, fosse ovale ou passage de la veine saphène interne; 3° l'espace qui les sépare a deux travers de doigt et constitue le canal un peu oblique en bas et en dedans.—On lui distingue trois parois: une antérieure, feuillet superficiel de l'aponévrose fémorale, une postérieure le muscle pectiné, ou mieux son aponévrose d'enveloppe, et en dehors la partie interne de la gaîne du psoas iliaque.

Ici, comme dans la hernie inguinale, l'étranglement est susceptible de siéger en trois points différents: à l'orifice supérieur, à l'orifice inférieur ou au collet du sac; contre l'opinion des anciens, rarement à l'anneau inférieur; au collet seulement dans certaines hernies de date reculée; car, dans ce dernier cas, les accidents ne surviennent qu'à la suite d'adhérences que le temps établit entre les plis de la séreuse. — Il découle donc de ces quelques lignes que dans l'immense majorité des circonstances l'étranglement a lieu à l'anneau supérieur ou crural.

Quelles sont ses causes?—Les deux sexes, tous les âges y sont disposés; cependant il est à cet égard des différences notables; l'homme y est moins sujet que la femme; est-ce, comme on le professe, parce que chez nous l'anneau supérieur est plus étroit que chez elle, ou bien parce que chez l'homme l'intestin a deux issues presque également faciles, tandis que chez la femme l'étroitesse du canal inguinal le rend inaccessible et multiplie les chances de hernies par le canal crural?—Pour moi, l'homme est moins prédisposé à la hernie crurale par cela même que la femme est moins apte à la hernie inguinale, c'est-à-dire que les deux explications qui précèdent, pour moi, n'ont de valeur que réunies. —Quoi qu'il en soit, d'après des relevés étendus, le rapport est comme 7 : 1, et il explique en partie pourquoi, dans les cinq cas que le hasard nous a offerts en moins de trois mois, il se trouve quatre femmes et un homme; dans tous la maladie régnait à droite, parce qu'encore la hernie crurale a une prédilection toute particulière pour ce côté.

Rare dans le jeune âge, la hernie crurale est presque également fréquente aux autres époques de la vie; les professions y prédisposent; elle est plus commune dans la classe ouvrière, chez les manœuvres, chez les hommes de peine en général, parce que, dans les efforts qu'ils répètent sans cesse, l'intestin presse incessamment l'anneau, il l'élargit petit à petit et le franchit plus tard à l'occasion d'une chute, d'une pression sur le ventre, d'une quinte de toux, etc. Quelquefois la hernie s'étrangle en se formant, mais ordinairement ces deux temps sont espacés.—On porterait un jugement différent si l'on prenait à la lettre le récit des malades; ils racontent le plus souvent que la hernie s'est développée soudainement et qu'elle s'est étranglée à l'instant de son apparition. Ce langage a été tenu par quatre de nos blessés.—Nous pensons, avec Cooper, que souvent il y a erreur de la part des malades; ils sont porteurs de hernies crurales au premier degré, c'est-à-dire ne faisant point relief, ne se dessinant point en bosse dans l'aine lorsqu'un effort violent précipite leurs progrès.

La hernie crurale est habituellement peu volumineuse; chez nos cinq sujets, en effet, elle avait la grosseur d'une noix. — Ce n'est pas dire pour cela que jamais elle n'atteigne un volume beaucoup plus considérable; car on l'a vue descendre jusqu'à la partie moyenne de la cuisse et renfermer une longue portion du tube intestinal.

Elle est beaucoup plus superficielle que l'inguinale; aussi, comme nous l'avons noté, faut-il conduire sa première incision presque avec timidité, dans la crainte de tomber sur l'intestin, de l'érailler, de l'ouvrir; car, rappelons-nous le bien, ici entre la peau et les viscères nous n'avons que le tissu cellulaire, le fascia superficialis, le fascia propria et le péritoine, qui renfermant à peine quelques gouttes de sérosité embrasse étroitement les parties déplacées.

L'étranglement siégeant à peu près constamment à l'anneau, il est de nécessité de bien connaître les rapports exacts du collet du sac avec cette ouverture: en avant, le ligament de Fallope; en arrière, le pectiné et immédiatement le pubis; en dehors, la veine fémorale; en dedans, le ligament de Gimbernat.

Le débridement doit porter sur ce dernier ligament ou sur celui de Fallope. — Sur le ligament de Gimbernat, c'est toujours en rasant le pubis, et c'est ainsi qu'opèrent la masse des chirurgiens; sur le ligament de Fallope, il y a plusieurs procédés: on débride directement en haut (Pott); en haut et en dehors (Sharp); ou en haut et en dedans. En haut, il y a danger réel: le bistouri après un très court trajet ouvre l'artère spermatique; en haut et en dedans, on a à redouter la lésion de ce vaisseau et celle de l'obturatrice quand celle-ci naît de l'épigastrique; en haut et en dehors, parallèlement à l'arcade crurale, on a moins de crainte à avoir, l'épigastrique est à quatre ou cinq lignes dans les circonstances ordinaires; Dupuytren n'opérait pas autrement et M. Velpeau, il paraît, suit des principes analogues.

Gimbernat, Scarpa, Boyer, M. Roux, M. Blandin et la plupart des chirurgiens modernes ont pensé qu'il était préférable de débrider sur le ligament de Gimbernat. Nous sommes parfaitement de cet avis et n'agissons jamais d'une autre façon. Nous avons la conviction que c'est le seul moyen d'arriver à une détente suffisante pour mettre soudainement un terme à l'étranglement et pour réduire aisément les viscères déplacés. A. G.

MÉDECINE PRATIQUE.

III. Thérapeutique du croup.

Jusqu'à ce jour le seul nom de croup jeta l'épouvante an sein des familles, et le médecin, en le prononçant, n'était guère plus rassuré que ceux qui l'entendaient. Cependant par une médication convenable l'on parvient souvent, je dirais même presque toujours, en ne voyant que ma pratique, à obtenir un résultat favorable toutes les fois que l'on est appelé au commencement de la deuxième période de cette cruelle maladie.

Autrefois j'employais pour combattre le croup à la deuxième période (époque où nous sommes généralement appelés) le séjour au lit, des boissons chaudes, des sangsues au devant du cou, des cataplasmes chauds au même lieu, l'émétique souvent répété (afin de tenir les malades dans un état de vomiturition continuel), des révulsifs aux extrémités inférieures, et la cautérisation des fausses membranes, s'il en apparaissait. A la troisième période, j'ajoutais à ces moyens des révulsifs sur le thorax et sur le canal intestinal.

Avec ce traitement la plupart de mes petits malades succombaient.

De pareils résultats ne devaient pas m'attacher beaucoup à mon mode de médication, et j'étais tout prêt à expérimenter le premier remède vanté.

C'est dans cette disposition d'esprit que je lus l'article suivant dans le numéro d'avril 1836, du Journal des connaissances médico-chirurgicales.

De l'emploi du sulfate de cuivre dans le croup.

« Hoffmann a prôné ce remède en 1821 ; il » lui reconnaît une action analogue à celle de » l'émétique, mais plus sûre et plus prompte ; » il lui attribue la propriété de diminuer la » plasticité de la lymphe, d'amoindrir l'énergie du système artériel, et d'augmenter » l'absorption en exagérant l'activité du système veineux ; il l'administre à la dose d'un » quart de grain ou même d'un demi-grain » toutes les demi-heures, associé à la digitale » pourprée. M. Zimmermann cite douze auteurs qui ont eu également à se louer un » plus ou moins grand nombre de fois de cet » agent thérapeutique.

» Il y a eu recours lui-même quinze fois » dans des cas la plupart très graves, et il n'a » perdu que deux malades.

» Si le mal est encore dans la première période, il se dispense des évacuations sanguines, suivant la force du sujet. Dans la » conviction où il est qu'il importe de provoquer le vomissement, il administre tout » d'abord le sulfate de cuivre à la dose d'un » huitième de grain à un demi-grain, suivant les circonstances, dans une petite quantité d'eau sucrée. Il faut remuer la poudre » dans l'eau avec le doigt, et non avec une » cuiller d'argent. »

Malgré mon grand désir d'employer une médication nouvelle contre le croup, je voulais cependant qu'elle fût rationnelle et que je pusse me rendre compte de son mode d'action. Or, Hoffmann, et probablement Zimmermann et les douze autres praticiens que l'article ne nomme pas employaient un mélange de sulfate de cuivre et de digitale pourprée ; médicaments qui agissent l'un et l'autre comme vomitifs et comme sédatifs du système artériel. Auquel des deux agents devait-on rapporter les guérisons obtenues ? était-ce au cuivre ? était-ce à la digitale ? ou bien l'association de ces deux médicaments était-elle nécessaire pour obtenir un résultat favorable ?

Dans l'impossibilité où j'étais de décider *à priori* ces questions, je me proposai d'expérimenter d'abord le sulfate de cuivre, comme plus facile à manier, sauf en cas d'insuccès à recourir à la digitale, et enfin à l'association de ces deux agents.

Le hasard me favorisa et je reconnus au sulfate de cuivre toutes les propriétés du mélange d'Hoffmann, dans lequel par conséquent la digitale ne joue que le rôle d'adjuvant.

Au premier croup que j'eus occasion de traiter, je substituai le sulfate de cuivre à l'émétique, et j'eus tant à me louer de son emploi que depuis lors je n'ai plus eu recours qu'à lui, et, toutes les fois que j'ai été appelé au début de la toux croupale, j'ai eu le bonheur de sauver mon malade.

Les observations suivantes montreront que le traitement employé consiste en boissons chaudes, séjour au lit, sangsues *loco dolenti*, cataplasmes *id.*, révulsifs aux extrémités inférieures, et enfin dans l'emploi souvent répété du sulfate de cuivre, afin que le malade se trouve presque continuellement sous l'influence débilitante des vomissements.

Cette méthode est donc absolument pareille à celle que j'employais avec si peu de succès avant 1836 ; la substance vomitive seule est changée, et c'est à ce changement que je dois tous mes succès.

Obs. 1. — Louis L., âgé de cinq ans, vacciné, d'une bonne constitution, habitant un rez-de-chaussée humide et situé sur le bord d'une rivière, fut pris, dans la nuit du 6 au 7 janvier 1837, d'une toux particulière qui effraya ses parents. Mandé le 7 au matin, j'étais près de lui à sept heures. L'enfant toussait, me dit-on, depuis deux ou trois jours ; mais comme c'était une toux ordinaire et qu'il continuait ses jeux, l'on n'y avait pas pris garde : c'était seulement la nuit précédente que la toux avait changé de caractère.

Voici ce que je constatai : face rouge et injectée, la peau chaude, le pouls fréquent, la région laryngienne douloureuse au toucher, respiration anxieuse ; le petit malade remonte à chaque instant dans son lit. L'auscultation fait entendre une inspiration sifflante; si l'on fait parler l'enfant, sa voix est rauque et voilée, et l'on provoque une quinte de toux qui détermine le cri caractéristique (chant du coq).

En examinant l'arrière-bouche, je constatai la présence de couennes diphthériques sur les amygdales et sur les piliers du voile du palais.

Prescriptions. Six sangsues au devant du cou ; après leur chute, cataplasmes de farine de lin sur les piqûres et administration du vomitif suivant :

P.	Sulfate de cuivre	10 centigrammes
	Sirop de fleurs d'oranger	25 grammes
	Eau	100 grammes.

—A prendre par cuillerée à bouche toutes les dix minutes. Pour boisson, une infusion de fleurs de mauves, bue chaude et sucrée ; des cataplasmes très chauds aux pieds, le séjour au lit et l'abstinence de tous aliments.

Je revois l'enfant à midi ; le vomitif a produit cinq vomissements ; les plaques diphthériques sont cautérisées avec le crayon d'azotate d'argent fondu. Comme l'état de la respiration est le même que le matin, je fais renouveler le vomitif, qui produit quatre vomissements et deux selles. Les vomissements entraînent des débris de fausses membranes.

A six heures du soir la respiration est beaucoup moins sifflante, la toux a quelque chose de gras ; le cri du coq est sensiblement diminué, la peau est moite ; je fais continuer les cataplasmes et la tisane ; nouvelle cautérisation des plaques.

Le 8, l'enfant a dormi quelques heures, la respiration fait entendre un râle muqueux, la toux revient par quintes, mais sans mauvais caractère ; fièvre nulle ; une plaque diphthérique persiste sur l'amygdale gauche.

Prescription.—Un looch blanc ; continuation de la tisane; remplacer les cataplasmes du cou par de la laine, suspendre ceux des pieds; je cautérise de nouveau.

Le soir le petit malade voulait manger, je lui permis quatre cuillerées de bouillon gras. Le 9, tout symptôme grave avait disparu, il ne restait plus qu'un simple catarrhe.

La cautérisation des plaques fut extrêmement pénible pour l'enfant et pour moi. Les bouchons de liége que l'on plaçait entre les dents pour maintenir la bouche ouverte ne tardaient pas à être aplatis, et je craignais à chaque instant que l'enfant ne les coupât et ne fermât la bouche, ce qui l'eût exposé au danger d'avaler ma pierre infernale; c'est pourquoi à la dernière cautérisation j'employai le bouchon du fusil de son père (qui était garde national). Ces bouchons, faits en bois, sont arrondis par le bout et assez polis pour ne pouvoir blesser, et l'on n'a pas la crainte de les voir couper ou écraser par les dents de l'enfant. Depuis lors je n'emploie plus que ces bouchons.

Obs. 2. — Le 14 février 1837, M. C..., laboureur à une lieue de Rennes, me fit appeler dans la nuit pour voir sa fille, âgée de trois ans, et qui éprouvait la même toux que son frère aîné, mort du croup deux mois auparavant. A trois heures du matin j'étais près de l'enfant, m'étant muni, avant de partir, de sangsues, de sulfate de cuivre, de farines de lin et de moutarde.

Je trouvai l'enfant aboyant continuellement, la figure injectée, la peau chaude, la respiration pénible et sifflante ; l'agitation était extrême, la voix rauque, le larynx et ses environs douloureux, le pouls fort et rapide ; l'on n'apercevait rien dans l'arrière-bouche. J'apposai six sangsues sur le larynx, et, aussitôt qu'elles eurent mordu, j'administrai à l'enfant 10 centigrammes de sulfate de cuivre dissous en dix cuillerées d'eau. Il fallut administrer ce médicament de force, l'enfant refusant tout ce qui n'était pas du cidre. Six vomissements ne tardèrent pas à survenir et entraînèrent une assez grande quantité de mucosités filantes.

Les piqûres des sangsues furent recouvertes de cataplasmes de farine de lin, et des sinapismes furent appliqués aux pieds ; cidre chaud coupé d'eau pour tisane; abstinence. Je quittai ma petite malade à sept heures, et ordonnai de renouveler le vomitif à dix heures et de dissoudre le sel de cuivre dans du cidre au lieu d'eau. Six vomissements et quatre selles en furent le résultat. Après ces évacuations un mieux sensible se manifesta et l'enfant s'endormit.

Le soir l'on vint me dire qu'elle voulait se lever et manger. Je permis du bouillon toutes les quatre heures, fis continuer l'usage du cidre coupé d'eau et le séjour au lit. Quelques jours plus tard il n'y avait plus trace de maladie.

Obs. 3. — Trois mois après, cette enfant présenta les mêmes symptômes, qui furent combattus par les mêmes moyens et avec le même avantage.

Obs. 4. — La maladie récidiva une troisième fois à l'âge de six ans, et cette fois encore mes efforts furent couronnés de succès; seulement cette petite fille est restée très longtemps enrouée à la suite de cette dernière attaque.

Obs. 5. — Le 23 août 1838, Pierre C..., frère de la précédente, âgé de trois ans, vacciné, fut à son tour pris des mêmes accidents, et les mêmes moyens triomphèrent encore; seulement il fallut lui administrer trois vomitifs dans les premières vingt-quatre heures.

Obs. 6. — Jean C..., frère du précédent, âgé de deux ans, vacciné et d'une belle santé habituelle, fut pris, dans la nuit du 7 décembre 1840, de toux croupale. Rendu près de lui le 8 à une heure du matin, je trouvai l'enfant endormi ; mais à chaque instant il était réveillé par une quinte de toux caractéristique, qui lui arrachait des cris ; la respiration était sifflante et la pression sur le larynx

déterminait de la douleur; point de fausses membranes dans le gosier. Quatre sangsues furent appliquées sur le larynx; 10 centigrammes de sulfate de cuivre furent administrés en dix cuillerées de cidre, une cuillerée toutes les dix minutes, et les pieds furent enveloppés de cataplasmes sinapisés chauds; le vomitif fit expulser de notables lambeaux de fausses membranes; la mère lui donna le sein toutes les trois heures; un second vomitif fut pris dans l'après-midi, mais il ne fit rendre que des mucosités.

Le lendemain il y avait encore de la raucité dans la voix et de la difficulté dans la respiration; un troisième vomitif fut administré, et après lui il ne resta plus qu'une simple bronchite, qui guérit au bout de quelques jours.

Obs. 7. — G..., belle enfant de dix-huit mois, que sa mère nourrit, est prise de toux croupale dans la nuit du 25 au 26 mars 1844. L'enfant a été vaccinée et a eu la rougeole. Appelé près d'elle à cinq heures du matin, je trouvai l'enfant s'agitant et criant à chaque accès de toux; la respiration est sifflante, le cri voilé et caractéristique. Quatre sangsues sont appliquées au devant du cou, et les jambes sont plongées dans un bain sinapisé, puis l'on administre 5 centigrammes de sulfate de cuivre en cinq cuillerées d'eau sucrée (une cuillerée toutes les dix minutes); cataplasmes au cou. Trois vomissements ont lieu; après cette évacuation l'enfant s'endormit.

Je revis ma petite malade à midi: les symptômes étaient tout aussi intenses que le matin; 5 centigrammes de sulfate de cuivre sont administrés de nouveau; ils produisent deux vomissements et trois selles; les vomissements ont entraîné des parcelles pseudo-membraneuses.

Le soir, j'examine l'arrière-bouche, et je trouve des plaques diphthériques sur les amygdales, sur le voile du palais et sur les piliers; elles sont immédiatement cautérisées avec un pinceau imbibé du mélange suivant:

P.	Acide chlorhydrique	2 grammes
	Miel rosat	8 id.
	Mêlez.	

L'accès de toux et de suffocation imminente que détermine cette cautérisation fait rejeter à l'enfant une assez grande quantité de mucosités filantes teintes de sang.

Le 27, la nuit a été passable; cependant il y a eu quelques quintes de toux rauque, et le chant de coq se fait encore entendre; la respiration est sèche et sifflante; nouvelle cautérisation et nouveau vomitif qui amène quelques parcelles de fausses membranes et la cessation de la toux et de la respiration croupales. On remplace les cataplasmes du cou par de la laine. Même régime.

Je fus obligé de cautériser les trois jours suivants, afin de détruire complètement les plaques diphthériques, et de faire tenir l'enfant très chaudement et à une diète légère, pour combattre le catarrhe qui fut la suite de cette affection.

Obs. 8. — Le 27 janvier 1844, je fus appelé à trois heures du matin pour la fille unique de madame veuve L..., enfant de six ans, qui présentait les symptômes suivants:

Dyspnée extrême, respiration sifflante, toux et voix rauque, ayant de l'analogie avec le chant du coq; région laryngienne douloureuse; il y a de la fièvre, l'enfant s'agite continuellement dans son lit; rien dans la gorge. Depuis deux ou trois jours l'enfant toussait, mais n'avait pas cessé d'aller à sa pension. A ces signes je ne pouvais méconnaître le croup; aussi ma prescription fut-elle:

Six sangsues au devant du cou; cataplasmes après leur chute;

Potion vomitive à prendre une cuillerée à bouche toutes les dix minutes.

P.	Sulfate de cuivre	10 centigrammes
	Sirop de fleurs d'oranger	25 grammes
	Hydrolat de tilleul	100 —
	F. S. A.	

Cataplasmes très chauds aux pieds; les deux premiers seront saupoudrés de farine de moutarde; infusion de fleurs de violettes, bue chaude et sucrée avec le sirop de capillaire. Diète. Le vomitif a produit six vomissements qui ont entraîné des débris de fausses membranes. Les symptômes restent les mêmes. A dix heures le docteur Guyot voit la malade avec moi, et nous conseillons de renouveler immédiatement le vomitif; il produit deux vomissements de matières filantes mêlées de débris pseudo-membraneux, et deux selles.

Le soir, la toux était par intervalles moins rauque et la respiration moins sifflante; le chant du coq était beaucoup plus rare; l'on fit cependant renouveler la potion vomitive, qui produisit quatre vomissements et des sueurs abondantes.

Le 28, il n'existait plus que du catarrhe, pour lequel on continua la tisane, le séjour au lit, et l'on administra un looch blanc antimonié à 2 grammes.

La santé était parfaite le 31 janvier.

Obs. 9. — Louis C...., très fort et très gros garçon, âgé de trois ans, fut pris, à une heure du matin, dans la nuit du 5 au 6 juillet 1843, de toux croupale. Appelé à l'instant, je trouvai l'enfant assis sur son lit, la respiration haletante et sifflante; les quintes de toux étaient très rapprochées et caractéristiques; la figure était injectée et la fièvre forte. La mère me dit que depuis deux jours l'enfant toussait un peu, et que la veille il n'avait pas voulu souper. Je fis appliquer six sangsues au devant du cou, et aussitôt leur chute on administra 10 centigrammes de sulfate de cuivre dans 125 grammes d'eau édulcorée.

Des cataplasmes très chauds furent placés au cou et aux jambes; un looch blanc, que l'enfant aimait beaucoup, fut donné après le vomitif, et la tisane consista en eau chaude sucrée avec le sirop d'orgeat. Je revis mon petit malade à sept heures du matin. Trois vomissements de matières muqueuses ont eu lieu, mais point d'amélioration notable. Aussi un

nouveau vomitif fut-il administré de suite et produisit trois vomissements copieux qui amenèrent, comme celui du matin, des mucosités filantes ; il y eut deux selles. Je revis l'enfant à midi ; il dormait, et sa respiration me parut plus grasse et moins pénible ; le soir les symptômes reprirent de l'acuité, la voix redevint rauque et voilée et la respiration sifflante.

Un troisième vomitif est administré et les cataplasmes des pieds sont remplacés par un épispastique à la jambe droite.

Ce vomitif produisit deux ou trois vomissements et quatre selles.

Le lendemain les accidents étaient conjurés et la maladie réduite à un simple catarrhe, qui guérit en quelques jours par les moyens ordinaires.

Obs. 10. — Dans la nuit du 25 au 26 octobre de la même année, ce pauvre enfant fut repris des mêmes accidents ; les mêmes moyens, moins le vésicatoire, furent remis en usage et avec le même succès.

Obs. 11. — Narcisse C..., frère du précédent, bel et fort enfant que sa mère nourrit, âgé de dix-huit mois, fut pris, dans la nuit du 31 mars au 1er avril 1844, de symptômes de croup. Sa mère connaissait trop bien la toux croupale pour tarder un instant à m'appeler : aussi me fit-elle demander à trois heures du matin.

Je trouvai l'enfant oppressé, ayant une respiration sifflante, et jetant par intervalles un cri rauque et pathognomonique ; la peau est chaude et moite, le pouls fréquent et assez fort ; la veille l'enfant avait tété comme à l'ordinaire. Quatre vigoureuses sangsues furent appliquées sur la région laryngienne ; des cataplasmes sinapisés enveloppent les deux jambes et les pieds, et seront remplacés dans une heure par des cataplasmes simples ; une infusion de fleurs de violettes sera donnée pour boisson. Aussitôt les sangsues tombées, on recouvrira leurs piqûres de cataplasmes et on administrera la potion vomitive. La cinquième cuillerée de la potion provoqua quatre vomissements de matières muqueuses, après lesquels l'enfant s'endort pendant une heure. A son réveil, la mère lui donna le sein.

A huit heures je revois l'enfant : la toux est toujours rauque et voilée, la respiration sifflante ; je fais administrer le reste de la potion vomitive, qui produit deux vomissements et deux selles.

A midi, les symptômes ne s'étaient point amendés ; j'ai recours à une nouvelle dose de sulfate de cuivre, et je fais appliquer un épispastique à la jambe. Ce nouveau vomitif produit trois vomissements et plusieurs selles ; dès lors il y eut un mieux marqué ; l'enfant téta plus longuement, la toux devint de moins en moins rauque, et à ma visite du soir ce n'était plus que de temps en temps que le timbre croupal reparaissait.

Le lendemain matin, lors de ma visite, l'enfant jouait avec sa mère, et il ne restait plus à guérir qu'un catarrhe et le vésicatoire.

Obs. 12. — Eugène G..., âgé de trois ans, d'un tempérament lymphatique et atteint d'eczéma chronique, fut, dans la nuit du 11 au 12 octobre 1844, pris d'une toux particulière, qui inquiéta ses parents, mais pas assez pour m'envoyer chercher de suite. Ce ne fut que le 12, à sept heures du matin, que je fus appelé. L'enfant se portait bien les jours précédents et avait joué assez tard la veille au soir dans un petit jardin dépendant de l'habitation.

Je trouvai le petit malade couché sur le ventre et tourmenté par une toux croupale incessante ; la respiration était anxieuse et sifflante ; l'enfant (avec lequel je suis très bien) me parle volontiers, mais il est presque aphone ; la figure est injectée, la peau chaude, le pouls fort et fréquent ; rien dans la gorge.

Prescription. — Quatre sangsues sur le larynx ; cataplasmes sur leurs piqûres ; bains de jambes avec 65 grammes de farine de moutarde ; infusion de bourrache, bue chaude et miellée ; séjour au lit ; à la chute des sangsues, une cuillerée à bouche de la potion suivante toutes les dix minutes :

P.	Sulfate de cuivre	10 centigrammes
	Sirop de fleurs d'oranger	25 grammes
	Hydrolat de tilleul	100 —

Toute la potion fut administrée ; ce ne fut qu'aux dernières cuillerées que des vomissements eurent lieu ; ils entraînèrent des parcelles de fausses membranes.

A deux heures de l'après-midi, je revis mon petit malade, et, ne trouvant pas d'amélioration dans son état, je fis répéter le sulfate de cuivre. Ce nouveau vomitif produisit quatre vomissements copieux, qui entraînèrent encore quelques parcelles de fausses membranes. Cependant la voix conservait son timbre voilé, et la toux était toujours rauque ; aussi un troisième vomitif fut-il administré à huit heures du soir ; il produisit cinq à six vomissements assez pénibles ; l'enfant dormit assez bien, il fut seulement réveillé par quelques quintes de toux infiniment moins rauques que celles de la nuit précédente. A ma visite du 13, l'enfant voulait manger ; sa respiration était devenue catarrhale, et ce n'était que de temps en temps qu'elle redevenait sifflante ; la toux, sans être grasse, n'était plus sèche et rauque ; enfin il y avait un mieux sensible. Du bouillon, un looch blanc, la continuation de la tisane et du séjour au lit, telle fut ma prescription : le mieux continua, et le quatrième jour l'enfant jouait dans sa chambre.

Obs. 13. — Dans la nuit du 25 au 26 janvier 1845, le même enfant présenta la même toux croupale, mais sans oppression et sans fièvre ; un vomitif avec 10 centigrammes de sulfate de cuivre, une infusion de fleurs pectorales et le séjour au lit ont arrêté cette indisposition, qui n'a duré que vingt-quatre heures, quoique les observations suivantes prouvent que nous étions alors sous l'influence d'une épidémie de croup.

Obs. 14. — Marie M..., âgée de deux ans, lym-

phatique, atteinte de la rougeole depuis trois jours, fut prise, dans la nuit du 7 au 8 janvier 1845, de toux croupale, pour laquelle on m'envoya chercher à deux heures du matin ; je trouvai ma petite malade dans une anxiété extrême, se tenant au cou de sa mère, la tête renversée et incessamment tourmentée par une toux rauque et sifflante tout-à-fait caractéristique (chant de coq), et que l'on provoque en appuyant le doigt sur le larynx.

Prescription. — Quatre sangsues, cataplasmes très chauds au cou et aux pieds ; 5 centigrammes de sulfate de cuivre en cinq cuillerées d'eau tiède sucrée ; continuation du looch blanc antimonié à 2 grammes, et de l'infusion de fleurs de tilleul qu'elle prenait pour sa rougeole.

Six vomissements de matière glaireuse ont été le produit du vomitif.

A midi, la toux est encore rauque et la respiration sifflante ; je fais renouveler le sulfate de cuivre ; cette nouvelle dose ne procure que deux vomissements muqueux et une selle, mais le timbre de la voix et la toux sont améliorés ; la nuit se passe assez bien, et le lendemain il n'y a plus qu'un catarrhe.

Obs. 15. — Le 10 janvier 1845, M. D..., qui avait perdu l'an dernier un enfant du croup, vint, à cinq heures du matin, réclamer mes soins pour son fils aîné, âgé de trois ans, qui lui paraissait atteint de cette terrible maladie. L'enfant a, dans la nuit, été réveillé par des accès de toux rauque, ayant de l'analogie avec le chant du coq. La voix est voilée et la respiration sifflante ; on détermine à volonté un accès de toux et de suffocation en pressant sur le larynx du malade dont la figure exprime l'anxiété ; la peau est chaude et moite, le pouls fébrile ; l'examen de l'arrière-bouche fait voir les amygdales et le voile du palais parsemés de plaques diphthériques.

Prescription. — Six sangsues sur le larynx, cataplasmes au cou et aux pieds ; potion avec 10 centigrammes de sulfate de cuivre, infusion de bourrache, bue chaude et miellée. Le vomitif ne produisit point de vomissements, mais seulement quelques évacuations alvines.

A dix heures je revois le malade ; les symptômes sont les mêmes ; je touche les plaques avec un pinceau imbibé du mélange suivant :

P.	Acide chlorhydrique	2 grammes
	Miel rosat	2 —

Le vomitif est renouvelé ; cette fois il produit cinq vomissements de matières muqueuses filantes, mêlées de débris de fausses membranes.

Le soir, ne trouvant pas d'amélioration notable, je fis donner un nouveau vomitif, et touchai de nouveau avec le caustique.

Le vomitif produisit de nouvelles portions de membranes.

L'enfant dormit un peu, mais il eut encore beaucoup de quintes de toux caractéristique.

A ma visite du 11, je le trouvai encore aphone, ayant la toux croupale et la respiration sifflante ; les plaques diphthériques sont dans le même état que la veille ; nouvelle cautérisation ; on renouvelle le vomitif ; looch blanc antimonié à 2 grammes ; emplâtre épispastique sur le devant de la poitrine.

Le vomitif produit trois vomissements avec débris de fausses membranes ; la toux prend de la souplesse, la respiration est moins sifflante, la voix est rauque, les plaques diphthériques ont diminué.

A ma visite du soir je fis une nouvelle cautérisation et prescrivis un quatrième vomitif. L'enfant se plaignait de son épispastique.

Le vomitif produit quatre vomissements, dans lesquels il y a des flocons de mucosités épaisses.

Le 12, la toux est devenue un peu grasse et la respiration un peu moins sifflante ; il n'y a plus de taches que sur les amygdales ; l'emplâtre épispastique a très bien mordu.

Nouvelle cautérisation ; continuation du looch et de la tisane ; je permets un bouillon toutes les quatre heures.

Le mieux a été dès lors en augmentant, mais les plaques diphthériques n'ont complètement disparu que le 16, quoique ayant été cautérisées tous les jours, et la surface du vésicatoire s'est recouverte d'une couche de même nature.

Obs. 16. — Maria G..., âgée de dix mois, grande, mais fluette et très délicate, ayant cinq dents, nourrie par sa mère, vaccinée, fut prise, dans la nuit du 12 au 13 janvier 1845, d'agitation, d'anxiété, avec toux croupale et respiration sifflante ; elle refuse le sein, ou, si elle le prend, c'est pour le laisser à l'instant. Sa mère, effrayée, m'envoya chercher à une heure du matin. N'ayant pu m'y rendre aussitôt, je conseillai de donner, en m'attendant, un bain de jambes avec 65 grammes de farine de moutarde, ce qui fut fait.

A ma visite, je trouvai l'enfant dans l'état précité ; la région du larynx ne paraît pas douloureuse ; la peau est chaude et moite ; il n'y a rien dans l'arrière-bouche.

Prescription. — Cataplasmes très chauds au cou et aux pieds ; infusion de fleurs de mauves, bue chaude et sucrée avec le sirop de capillaire, et une cuillerée du vomitif suivant toutes les dix minutes :

P.	Sulfate de cuivre	10 centigrammes
	Sirop de fleurs d'oranger	25 grammes
	Eau	100 —

Ne donner le sein que le moins possible, et faire garder le lit à l'enfant.

Le vomitif produit quatre vomissements dont les deux premiers contiennent du lait caillé ; les deux derniers sont exclusivement formés de matières glaireuses.

Je revois la petite malade à dix heures et ne trouve pas de mieux ; je fais renouveler le vomitif ; l'enfant n'en prit que la moitié, qui produisit trois vomissements et une selle.

Le soir, la toux déterminée en appuyant sur le larynx présente encore le caractère croupal (chant de coq) ; la respiration est toujours sifflante et l'agitation extrême. Je fais administrer le reste du vomitif, qui produit quatre vomissements de matières muqueuses mêlées de parcelles membraniformes.

La nuit fut bonne, et le lendemain il n'y avait plus qu'un peu de rhume.

Obs. 17. — Dans la nuit du 29 au 30 du même mois, l'enfant, que l'on avait sorti le 28, par un temps froid et humide, fut repris des mêmes symptômes. Le sulfate de cuivre administré une fois et secondé par des boissons chaudes, le séjour au lit et la diète, firent disparaître tous symptômes alarmants.

Pendant cette période de huit années, cinq autres cas de croup ont été soumis à mon observation ; mais ceux-là, arrivés à la troisième période de cette terrible maladie, ont tous succombé dans les vingt-quatre heures qui suivirent ma première visite. Chez eux l'asphyxie était imminente, et la trachéotomie, qui en eût peut-être sauvé, n'a pu être pratiquée, vu l'opposition des parents.

Tels sont les résultats que je crois avoir obtenus par l'administration répétée, à doses vomitives, du sulfate de cuivre ; je les crois de nature à engager ceux de mes confrères qui ne sont pas satisfaits du traitement qu'ils emploient contre le croup à y avoir recours à la première occasion ; pour moi, je m'applaudis tous les jours de l'avoir mis en usage.

En effet, avant de connaître l'action particulière du sulfate de cuivre dans le croup, je regardais tout enfant qui avait la voix, la toux et la respiration croupales comme voué à une mort presque certaine, et maintenant, grâce à ce médicament, la mort me paraît ne devoir être que l'exception, lorsque nous aurons pu l'employer au début de la deuxième période de cette maladie.

A. Godefroy, D.-M.-P.
Professeur à l'école de médecine de Rennes.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

IV. Rapport sur le prix relatif à la vaccine, proposé pour 1844 (fin) (1).

QUATRIÈME QUESTION.

« Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne, et, dans le cas de l'affirmative, après combien d'années faut-il procéder à de nouvelles vaccinations ? »

En provoquant une enquête scientifique sur l'état présent de la vaccine en Europe, l'Académie avait combiné ses demandes de manière à ce que la solution de la première préparât celle de la seconde, la seconde celle de la troisième, et ainsi de suite jusqu'à la dernière.

La masse de faits et d'expériences que la science possède devait ainsi se classer naturellement et accroître leur force par l'ordre même de leur succession.

Du concours que devait se prêter chaque partie de la question, il était donc permis d'espérer que la demande qu'elle faisait sur le degré d'utilité de la revaccination sortirait comme une déduction logique des solutions qui l'auraient précédée, et c'est en effet ce qui est arrivé.

Ainsi, de la discussion des faits présentés dans les premières il est résulté que la vaccine ne préserve pas toujours de la variole. De celle de la seconde il est sorti ce résultat important, que l'affaiblissement des phénomènes locaux du vaccin n'altère pas dans la même proportion sa vertu préservative. D'où il suit qu'en augmentant cette intensité par le renouvellement du vaccin, on peut espérer la conservation de sa propriété, mais nullement son accroissement. Les vaccinés par le virus renouvelé resteront donc, comme ceux de l'origine de la découverte, exposés à l'atteinte des varioles.

Il est résulté que cette atteinte était relative, non à la qualité du vaccin inoculé, mais bien à l'âge de son inoculation, de sorte que l'homme est préservé d'une manière presque absolue jusqu'à l'adolescence.

Mais, passé cet âge, la vertu préservative de la vaccine introduite dans l'organisme s'affaiblit, et certains vaccinés restent exposés aux atteintes de la maladie jusqu'à trente ou trente-cinq ans. Passé cet âge, leur préservation absolue est presque certaine.

En faisant la part des individus qui recèlent en eux la fâcheuse disposition de contracter plusieurs fois la variole, il était utile de rechercher si, dans les phénomènes que développe la vaccine, on n'en distinguerait pas quelqu'un qui permît de reconnaître les degrés de préservation. Cette étude est restée infructueuse jusqu'à ce jour. Ni l'intensité des symptômes locaux ou généraux, ni la multiplicité des piqûres et des cicatrices, ni l'aspect même de ces dernières, sur lesquelles, d'après la théorie de Gregory, on avait fondé de si grandes espérances, n'ont pu fournir d'indice certain pour asseoir ce pronostic.

Que faire pour y parvenir ? Comment distinguer les vaccinés qui sont définitivement préservés de ceux qui ne le sont que temporairement et chez lesquels la vertu préservative s'est affaiblie ?

La science a déjà répondu.

Dès l'origine de la vaccine, et dans l'intérêt mêlé d'une sorte d'admiration que suscitèrent les premiers temps des vaccinations, il arriva très souvent qu'après une première on en pratiquait une seconde comme moyen de vérification de la précédente : méthode dont le

(1) Voir le dernier n°.

docteur Bryse a voulu faire plus tard une règle générale.

A la vérité, ces secondes vaccinations, toujours pratiquées à peu d'intervalle des premières et dans l'adolescence, donnaient presque constamment des résultats négatifs. Nous en connaissons maintenant la raison.

Mais en présence du danger nouveau que fit naître l'atteinte des vaccinés par la variole en temps d'épidémie principalement, en présence des craintes qui se manifestèrent par suite de ces atteintes, la science reprit le moyen que son peu d'utilité chez l'adolescence lui avait fait délaisser.

En effet, les enfants chez lesquels une seconde vaccination était suivie de résultat étaient rares; néanmoins, des effets de cette seconde vaccination, quand ils réussissaient, on déduisait la conclusion, ou que la première n'avait pas complètement détruit la disposition à contracter la variole, ou que les enfants se trouvaient dans les cas exceptionnels des récidives. Nous verrons bientôt ce qu'il y avait d'exagéré dans cette conclusion.

Mais si ces cas eussent été plus nombreux, croit-on qu'on eût hésité à proposer une seconde vaccination? Non, sans doute. Il suffit de se reporter à cette époque pour juger de la réponse.

Lors donc que l'expérience eut appris que la vertu préservative s'affaiblissait chez certains vaccinés par le temps, la science possédait le moyen d'aller au devant de cet affaiblissement; et ce moyen était la revaccination.

La revaccination fut donc une seconde fois mise en usage comme pierre de touche de la vaccination. Mais, pratiquée à grande distance de la première, elle réussit dans certains pays au delà de toute prévision.

Du succès de la revaccination chez le jeune homme et chez l'adulte on tira la conclusion que la vertu préservative était épuisée à cet âge, et qu'à cette époque l'aptitude à contracter la variole s'était reproduite dans les organismes de l'homme.

En conséquence, dans certaines parties de l'Allemagne, on proposa et on exécuta les revaccinations en masse dans l'armée, et en partie dans le civil. Les succès représentés par des chiffres deviennent alors exorbitants.

Toutefois la médecine française n'adopta ni les craintes fondées sur le succès des revaccinations, ni les raisons sur lesquelles elles paraissent établies. De savantes discussions, qui eurent lieu dans le sein de l'Académie royale de médecine en 1837, 1838 et 1840, montrèrent que la confiance dans la vaccine n'était pas altérée chez nous par le tableau de ce qui se passait en Allemagne. Avant de s'en laisser imposer par des chiffres, cette compagnie célèbre comprit qu'il était nécessaire d'attendre qu'on pût être éclairé sur leur valeur.

C'est cette valeur que votre commission s'est appliquée à rechercher dans la masse de faits et d'expériences qui ont été rapportés par les concurrents.

Ce qui frappe d'abord dans la pratique de la revaccination est la différence des résultats obtenus dans les divers pays. Tandis qu'à Saint-Pétersbourg le succès des secondes vaccinations n'est que de 2 pour 100 chez les enfants trouvés; tandis qu'en France, avec l'ancien vaccin, il atteignait à peine 10 pour 100, et que, depuis 1836, il ne dépasse pas 20 avec le vaccin renouvelé; en Prusse il s'élevait à 50 et au delà; dans certaines parties du royaume de Wurtemberg, il atteignait la proportion énorme de 70 pour 100.

En supposant les premières vaccinations également bien faites dans les deux pays, il semblait difficile, et il l'est en effet, d'accorder de telles disproportions. En examinant avec soin la question, on en entrevoit peut-être la cause. En France, nous ne considérons comme secondes vaccinations que celles qui le sont en effet, c'est-à-dire celles où les phénomènes locaux sont accompagnés de symptômes généraux. N'en serait-il pas de même en Allemagne? Les symptômes locaux suffiraient-ils dans beaucoup de cas pour représenter une bonne vaccination? Nous l'ignorons.

Mais il faut bien qu'en Allemagne ces désignations de revaccination parfaite, de bonne revaccination, ne représentent pas exactement le même groupe de phénomènes vaccinaux. Sans cela, comment expliquer la différence des résultats que l'on remarque dans les secondes vaccinations d'un même pays?

Ainsi, dans le royaume de Wurtemberg, que nous choisissons pour exemple, parce qu'il n'est pas de pays où les vaccinations et les revaccinations soient surveillées avec plus de soin, nous trouvons que, dans le département du Danube et dans celui de la Forêt-Noire, les bonnes revaccinations ne dépassent pas 29 pour 100, et celles de l'année 34; et, au contraire, elles s'élèvent à 59 dans le département de la Forêt-Noire, et à 70 dans celui de Jaxst. Est-il vraisemblable que la même règle ait servi de base dans ces divers départements pour classer les revaccinations? Cette inégalité de résultats porte à présumer le contraire.

Au reste, en réservant la qualification de secondes vaccinations à celles qui reproduisent tous les phénomènes de la première, ce n'est pas que nous regardions comme étrangères à la vaccine les éruptions locales désignées sous le nom de revaccinations modifiées ou incomplètes.

Avec les auteurs des numéros 20, 22, 23 et 24, nous pensons, au contraire, que ces éruptions avortées sont des temps d'arrêt de l'action produite par le vaccin, et désignent assez exactement l'aptitude qu'avait la personne revaccinée à une vaccination nouvelle.

Nous pensons même qu'il y aurait utilité d'adopter, pour exprimer ces modifications, les désignations de revaccinations au quart, à la demie, aux deux tiers, aux trois quarts, proposées par l'auteur du numéro 23, afin de ne pas confondre l'*immense gradation* qui existe entre le développement normal le plus fort et le plus faible des secondes vaccina-

tions, pour employer les expressions de l'auteur du numéro 22.

En second lieu, l'aspect des cicatrices est un point à considérer dans la pratique des secondes vaccinations, leur présence étant le seul indice de la première. Gregory et ses adhérents ont eu tort de les considérer comme un signe infaillible de préservation. L'atteinte des vaccinés à belles cicatrices par la variole a déjà montré ce qu'il y avait d'exagéré dans cette supposition ; le succès des revaccinations l'a mieux établi encore.

Ainsi, dans le bailliage de Boelbinger, sur 2,718 vaccinés, 1,322 présentaient des cicatrices parfaites ; et néanmoins les succès de la seconde vaccination furent de 65 pour 100.

Et, au contraire, la revaccination fut incomplète chez 1,134 vaccinés, dont les cicatrices étaient vicieuses.

Dans l'armée du royaume de Wurtemberg, sur 14,384 militaires, 7,845 offrirent des cicatrices normales ; et, chez eux, la seconde vaccination fut complète dans la proportion de 31 sur 100 ; tandis qu'elle ne fut que de 28 sur ceux à cicatrices vicieuses ou nulles.

En 1837, 38 et 39, les revaccinations, dans l'armée du Hanovre, donnèrent le même résultat, et le fait devint même si général dans le royaume de Wurtemberg, que le gouvernement rapporta l'ordonnance qui exemptait de la revaccination les vaccinés à cicatrices parfaites.

La conservation plus ou moins parfaite des cicatrices de la première vaccination n'est donc pas un guide certain pour ou contre le succès de la seconde. C'est ce que confirment pleinement les nombreuses expériences de revaccinations faites par les auteurs des numéros 20, 7, 22, ainsi que celles pratiquées par l'auteur du numéro 24, qui a fait représenter, dans une planche de son atlas, les dégradations diverses des cicatrices vaccinales.

En résumé, le succès des secondes vaccinations à des degrés divers est donc un fait certain, incontestable.

Reste à déterminer maintenant le degré d'aptitude que pouvaient avoir les revaccinés à contracter la variole.

C'est ici que réside le point difficile du problème.

Rapport des revaccinations avec l'aptitude des vaccinés à contracter la variole. — Jenner avait fait une remarque importante trop négligée par les revaccinateurs. Fondé sur l'observation, et d'après des expériences précises, il avait dit :

« Bien que le cowpox ou la vaccine protégent contre la variole, et la variole contre le cowpox, *néanmoins le cowpox* n'est pas toujours apte à se protéger contre lui-même. »

Ce qui renferme que l'organisme de l'homme est susceptible, chez certains individus, de reproduire plusieurs fois les phénomènes apparents de la vaccine.

D'où il suit que le succès d'une seconde et même d'une troisième vaccination, comme il en existe des exemples, justifie bien l'exactitude de ce précepte, mais ne prouve pas toujours que le sujet revacciné fût, par cela même, devenu apte à contracter la variole.

En d'autres termes, l'aptitude à la revaccination chez les vaccinés ne représente pas exactement chez eux l'aptitude à contracter la variole.

Envisagés sous ce point de vue, les succès des revaccinations, quelque nombreux qu'on les suppose, perdent beaucoup de leur importance. Ils sont loin d'avoir la portée ou la *signification* que quelques revaccinateurs ont cherché à leur donner, en regardant la revaccination comme une sorte de *variolomètre*.

Ce qui précède explique comment des milliers de vaccinés qui, précédemment, avaient souvent été exposés à la contagion de la variole sans la contracter, ont pu néanmoins être vaccinés une seconde fois avec succès, sans qu'on pût soupçonner chez eux une aptitude à contracter la variole.

Ce fait capital ressort encore mieux du succès de la vaccination chez les personnes qui ont éprouvé déjà la variole naturelle. Dès le début des vaccinations, le docteur Valentin, qui avait soigné tant de varioles dans le cours de sa vie, avait été préservé par la variole qu'il avait eue dans sa jeunesse ; néanmoins, la vaccination fut suivie de succès. Cent autres médecins (dont les noms sont cités dans les mémoires des concurrents) qui avaient eu la variole ; qui, comme on l'est dans notre profession, avaient été exposés au *contagium* varioleux, sans en éprouver les effets, eurent cependant une vaccination heureuse.

Parmi ces exemples, il n'en est pas de plus remarquable que celui présenté par le docteur Heim, le plus célèbre des revaccinateurs. Il avait eu la variole et avoit soigné des variolés sans inconvénient. Son frère, âgé de 39 ans, étant attaqué d'une variole confluente, il le soigna, resta constamment auprès de lui, et, trois semaines après être sorti de cette épreuve si décisive, il se vaccina et eut une vaccination à peu près égale à la vaccine ordinaire. Enfin, notre célèbre accoucheur le professeur Moreau, qui a eu la variole dans sa jeunesse, dit avoir réussi à se vacciner trois fois.

Comment se rendre compte de ces faits si significatifs ? Supposera-t-on que la variole naturelle ne se protége pas contre elle-même ? Mais tous ces médecins, sans exception, avaient eu la certitude contraire en touchant les variolés et en leur prodiguant les soins que nécessite cette maladie. La conclusion qu'ils renferment nous paraît donc que le succès de la revaccination ne traduit pas toujours l'aptitude que peut avoir l'homme à contracter la variole, soit après avoir été vacciné, soit après avoir éprouvé la variole naturelle.

Et, afin qu'on ne regarde pas les cas de vaccinations heureuses chez les variolés que nous venons de rappeler comme des exceptions ; afin de conserver à la conclusion qu'ils renferment toute sa valeur, nous citerons les résultats obtenus chez les variolés dans les revaccinations générales.

Dans les revaccinations (seconde vaccination) qui furent entreprises dans le royaume de Wurtemberg, de 1831 à 1836; dans des communes entières, et principalement dans l'armée, il se trouva, dit le docteur Heim, que, sur 297 individus qui portaient des cicatrices de variole naturelle, la vaccine eut une réussite parfaite chez 95 individus, une vaccine modifiée chez 76, et une vaccine nulle chez 126.

D'où il suit que, sur 100 individus variolés, la vaccine réussit sur 32, est modifiée sur 26, et sans résultats sur 42.

A Kasan, en Russie, du 2 juin au 12 octobre 1837, 1,436 individus qui avaient eu la petite vérole, et en portaient des cicatrices apparentes, furent vaccinés :

Vaccine parfaite : 271.

Vaccine légèrement modifiée : 84.

Vaccine sans succès : 1,081.

Donc, ici encore, sur 100 variolés vaccinés, la vaccine fut parfaite chez 19, modifiée chez 6, nulle chez 75.

Il est à remarquer que le vaccin pris de ces variolés fut employé avec succès aux vaccinations naturelles.

Bien plus, le docteur Heim pense que ce vaccin offrirait plus de sûreté que le vaccin ordinaire, de sorte que la force du vaccin pris sur les variolés serait au vaccin ordinaire dans la proportion de 63 3/4 à 55.

Le docteur mecklembourgeois Dornbluth, qui, avec plusieurs autres médecins de l'Allemagne, répéta avec succès ces expériences sur les variolés, fut si frappé de leur résultat, qu'il jugea d'abord la revaccination inutile. Mais, éclairé bientôt par le nombre toujours croissant des vaccinés qu'atteignait la variole, convaincu par des observations nombreuses, ainsi que l'avaient été les docteurs Gregory, Wagner et cent autres médecins, que cette maladie ne respectait pas toujours ceux même qui avaient été très bien vaccinés, le docteur Dornbluth se rangea parmi les partisans d'une seconde vaccination.

Il en fut de même de la plupart des médecins du Nord qui avaient fait à cette pratique les objections qui, jusqu'à ce jour, en ont restreint l'application en France.

Le document officiel publié par le gouvernement de Wurtemberg, et d'après lequel, de 1831 à 1836, sur 1,677 variolés, il y avait eu 1,055 de vaccinés, entra pour beaucoup dans cette conversion.

Tous les raisonnements précédemment exposés, toutes les objections fléchirent devant l'expérience; la médecine du Nord comprit qu'il était temps de chercher à s'opposer à l'envahissement toujours croissant de la variole chez les vaccinés, et, malgré les objections dont les revaccinations peuvent être le sujet, et dont nous venons de rapporter les principales, tous les médecins de cette partie de l'Europe comprirent que le moyen le plus efficace et le seul efficace après de bonnes premières vaccinations était de recourir à une seconde.

Car en médecine, en présence d'un danger réel et si menaçant, il est d'abord prudent d'agir.

Nous avons déjà vu qu'en France les relevés des épidémies montrent que les vaccinés atteints par la variole s'élèvent à plus du tiers des variolés. Peu d'années se passent sans que des épidémies de variole éclatent dans les départements. Enfin on peut, d'après les variolés qui entrent dans les hôpitaux de Paris, d'après le nombre des décès par cette maladie, inscrits tous les ans dans les tableaux du Bureau des longitudes, considérer la variole comme endémique à Paris depuis plus de vingt ans.

On ne saurait donc mettre plus longtemps en doute l'opportunité de s'occuper chez nous des secondes vaccinations, si toutefois, comme nous allons chercher à l'établir, l'expérience se prononce en leur faveur.

De l'application des secondes vaccinations. — La seconde vaccination a éprouvé, comme la première, toute sorte d'oppositions. La première a triomphé par la seule force de l'expérience; c'est donc à l'expérience que doit en appeler aussi la seconde.

Et d'abord, pour éprouver la première, on inocula la variole. De même, pour constater les effets de la seconde, l'inoculation de la variole a été pratiquée un grand nombre de fois, et toujours sans résultats. (Expériences de Donaldson en Angleterre, et de Harder en Allemagne.)

Lors de la première vaccination, il arriva souvent que des familles entières vaccinées, placées au milieu d'épidémies varioliques, furent entièrement préservées.

Et de même, en Italie, en Prusse, en Bavière, dans le royaume de Wurtemberg, des familles nombreuses, revaccinées, vivant au milieu d'épidémies graves qui atteignaient les vaccinés, furent complètement préservées.

Le même résultat a été obtenu en France, sur les revaccinés, par l'auteur du numéro 20 et par celui du numéro 23. Les revaccinés des numéros 24 et 19 n'ont éprouvé aucune atteinte de la variole à Paris.

Les épidémies varioliques ont, pour résultats, avons-nous dit, d'élever la contagion de la variole à sa plus grande intensité; c'est donc particulièrement pendant leur activité que l'observation des revaccinés devient importante pour en juger la valeur.

Nous avons déjà cité le fait du collége de Sorrèze, et celui de l'hospice des Enfants trouvés de Mantoue. La variole sévissait sur les vaccinés : une seconde vaccination en arrêta instantanément la propagation.

Et, ce qu'il y a de remarquable dans ces deux expériences, c'est que tous les revaccinés sans exception furent préservés, soit que la seconde vaccination eût réussi, soit qu'elle eût échoué.

De même en Allemagne, les docteurs Rœsch, Elbé, Bauer et Kofer, coupèrent court à des épidémies varioliques par une seconde vaccination.

Le docteur Horlocher fit mieux encore : il

empêcha, par la revaccination, l'épidémie varioleuse de pénétrer dans son district, autour duquel les vaccinés étaient atteints, comme les non vaccinés.

Le docteur Wagner, dont la confiance en la vaccine était ébranlée par l'invasion de la variole chez les vaccinés, se décida néanmoins à recourir à une seconde vaccination, dans le cours d'une épidémie grave ; et il eut la satisfaction de voir tous les revaccinés préservés.

Dans l'épidémie de Nerepheim, qui, pour la gravité, ne peut être comparée qu'à celle de Marseille, et qui sévissait indistinctement sur les vaccinés et les non vaccinés, le docteur Fritz observa que tous les revaccinés furent préservés.

Les docteurs Neumann, Schachl, Tischendorf, Mang, Bordili, Kœklin, les médecins de Hambourg, obtinrent, au rapport du docteur Heim, des résultats analogues.

Le docteur Heim fait même remarquer que, dans les parties du royaume de Wurtemberg où la séquestration était ordonnée pour arrêter les progrès des épidémies varioleuses, les résultats obtenus par les revaccinations furent de beaucoup plus efficaces que ceux qui résultèrent de cette mesure.

Ces milliers d'expériences n'ont pas besoin de commentaires, ainsi que l'observent les auteurs des numéros 20 et 24.

En France, dans l'épidémie de Marseille, qui a laissé de si désastreux souvenirs, le docteur Robert pratiqua comme essai 24 secondes vaccinations : 2 seulement lui donnèrent une bonne vaccine ; néanmoins tous furent préservés.

Au lazaret de la même ville, le docteur Ducros obtint exactement le même résultat sur ses revaccinés.

Dans l'épidémie qui régna à Strasbourg en 1836 et 37, 685 personnes revaccinées par le docteur Newmann furent toutes préservées. Dans l'épidémie de Nantes, en 1841, les docteurs Sallion et Hullin obtinrent le même succès des secondes vaccinations.

Les secondes vaccinations pratiquées en grand nombre, dans les graves épidémies qui désolèrent Genève et Malte en 1832, furent toutes également préservatives.

Ainsi les succès des secondes vaccinations ont exactement reproduit ceux de la première. Elles ont préservé de la variole, elles ont arrêté les épidémies, et leur ont formé une barrière que la variole n'a pas franchie.

La sollicitude de certains gouvernements du Nord pour la santé des peuples est même venue en aide à la physiologie et à la médecine pour répéter les expériences sur une vaste échelle, et en suivre pendant plusieurs années les effets d'une manière continue.

La revaccination appliquée à l'armée prussienne, depuis l'année 1833, en a presque complètement extirpé la variole. Car pour les années 1836, 37, 38 et 39, la moyenne des varioloïdes pour toute l'armée ne s'est élevée qu'à 9 par an.

Cet heureux résultat a été dépassé dans le royaume de Wurtemberg. Sur 14,384 militaires revaccinés, il n'y eut en cinq années qu'un seul cas de varioloïde, et on n'en observa que trois dans le même espace de temps sur 29,864 revaccinés civils.

En somme, sur 44,248 revaccinés, il n'y eut en cinq ans que quatre cas de variole, tandis que dans les cinq années précédentes il y avait eu chez les vaccinés 1,056 variolés.

Le contraste de ces chiffres suffit à lui seul pour établir l'utilité des secondes vaccinations, dont l'application ne saurait être trop recommandée, s'il est vrai, comme l'avance le docteur Heim, que depuis leur usage en 1830 la variole n'ait pas reparu d'une manière épidémique dans le royaume de Wurtemberg.

Le succès constant jusqu'ici des revaccinations rend ainsi compte de l'accord unanime de tous les médecins qui ont pratiqué de secondes vaccinations, soit pour en préconiser les résultats, soit pour en recommander l'application, afin de préserver les vaccinés de la variole avec plus de certitude que ne le fait une seule vaccination.

C'est aussi la conclusion à laquelle arrivent tous les concurrents qui ont traité à fond les questions.

Après avoir reconnu que le succès d'une seconde vaccination chez les vaccinés ne prouve pas toujours que l'aptitude à contracter la variole se fût reproduite chez eux, tous s'accordent pour admettre que c'est sur cette classe de vaccinés que la maladie sévit, soit en temps d'épidémie, soit d'une manière sporadique ; et tous, d'après leur propre expérience, recommandent avec instance de recourir à de secondes vaccinations.

L'auteur du numéro 24 en établit la nécessité sur les preuves les plus convaincantes.

Celui du n° 23 ne conçoit pas qu'on puisse faire une objection sérieuse à une opération si légère, à raison de la sécurité qui en résulte et pour le vacciné et pour la société.

Un des concurrents va même jusqu'à dire que nul enfant ne devrait être admis à faire sa première communion s'il n'est porteur d'un certificat de seconde vaccination.

L'auteur du numéro 20 se prononce d'une manière aussi affirmative que le numéro 23.

Il en est de même des auteurs des numéros 19 et 22.

Quant à ce qui concerne l'âge auquel les secondes vaccinations doivent être pratiquées, tous s'accordent à dire qu'il est difficile de l'assigner d'une manière absolue. Mais, en prenant pour base les relevés des épidémies et ceux des revaccinations, ils pensent qu'il est prudent d'y recourir, en temps d'épidémie, entre la huitième et la neuvième année, et, hors ce temps, à partir de la quatorzième jusqu'à trente et trente-cinq ans.

Telles sont les solutions données par les concurrents aux questions proposées par l'Académie.

On peut les résumer de la manière suivante :

Premièrement La vertu préservative de la

vaccine est absolue pour le plus grand nombre de vaccinés, et temporaire pour un petit nombre. Chez ces derniers même, elle est presque absolue jusqu'à l'adolescence.

Secondement. La variole atteint rarement les vaccinés avant l'âge de dix à douze ans; c'est à partir de cette époque jusqu'à trente et trente-cinq ans qu'ils y sont principalement exposés.

Troisièmement. En outre de sa vertu préservative, la vaccine introduit dans l'organisation une propriété qui atténue les symptômes de la variole, en abrége la durée et en diminue considérablement la gravité.

Quatrièmement. Le cowpox donne aux phénomènes locaux de la vaccine une intensité très prononcée; son effet est plus certain que celui de l'ancien vaccin. Mais, après quelques années de transmission à l'homme, cette intensité locale disparaît.

Cinquièmement. La vertu préservative du vaccin ne paraît pas intimement liée à l'intensité des symptômes locaux de la vaccine. Néanmoins, pour conserver au vaccin ses propriétés, il est prudent de le renouveler le plus souvent possible.

Sixièmement. Parmi les moyens proposés pour renouvellement, le seul dans lequel la science puisse avoir confiance jusqu'à ce jour consiste à reprendre le vaccin à sa source.

Septièmement. La revaccination est le seul moyen d'épreuve que la science possède pour distinguer les vaccinés qui sont définitivement préservés de ceux qui ne le sont encore qu'à des degrés plus ou moins prononcés.

Huitièmement. L'épreuve de la revaccination ne constitue pas une preuve certaine que les vaccinés chez lesquels elle réussit fussent destinés à contracter la variole, mais seulement une assez grande probabilité que c'est particulièrement parmi eux que cette maladie est susceptible de se développer.

Neuvièmement. En temps ordinaire, la revaccination doit être pratiquée à partir de la quatorzième année; en temps d'épidémie, il est prudent de devancer cette époque.

Ainsi que l'Académie a pu en juger d'après le rapport, ces conclusions sont déduites des expériences et des faits exposés principalement dans les mémoires inscrits sous les numéros 24, 20, 19, 23 et 22. Mais nul ne les renfermant en entier, la commission ne décerne pas le prix de dix mille francs. Elle partage la somme à titre de récompense entre les trois premiers dans les proportions suivantes, basées sur les degrés de mérite qu'elle a reconnus aux mémoires.

1° La commission décerne une récompense de cinq mille francs à l'auteur du numéro 24, M. le docteur BOUSQUET, dont le mémoire et l'atlas portent pour épigraphe : « In rebus medicis, rationes experientiâ destitutæ nil juvant. »

2°. Une récompense de deux mille cinq cents francs à l'auteur du mémoire numéro 20, M. le docteur STEINBRENNER, à Wasselonne (Bas Rhin), qui a pour épigraphe : « Le mal est dans l'erreur, et dans la faiblesse qui nous fait taire et cacher la vérité.

» Il n'y a que la volonté qui manque aux hommes, pour se délivrer d'une infinité de maux. Un souverain qui le veut bien peut préserver ses États de la peste.

3°. Une récompense de deux mille cinq cents francs à l'auteur du numéro 19, M. le docteur FIARD.

4°. La commission mentionne honorablement les auteurs des numéros 23, 22, 7 et 9.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

V. Nouvelles observations pratiques sur les effets thérapeutiques du monésia.

J'ai fréquemment employé le monésia, et aujourd'hui ce médicament se présente sous le patronage et la garantie de noms assez recommandables pour qu'on ne doive plus considérer son usage comme un essai et qu'on puisse dire que cette substance est définitivement acquise à la thérapeutique. Je ne l'ai jamais trouvé dangereux, et d'après mon expérience c'est en particulier pour la médecine des enfants une véritable conquête.

Dégagé de tout intérêt dans la question, et n'ayant la prétention d'imposer mes convictions à personne, je crois remplir un devoir en faisant connaître aux praticiens les bons effets que j'ai observés et que j'observe encore tous les jours à la suite de l'emploi du monésia qui n'est peut-être pas connu et employé autant qu'il mériterait de l'être.

Voici les maladies principales dans lesquelles j'ai eu recours à cet agent thérapeutique.

Angines pharyngées et tonsillaires. J'ai fréquemment réussi à faire avorter ces maladies en prescrivant dès le début un gargarisme composé de 40 à 60 grammes de sirop de monésia, et j'y joins ordinairement l'usage d'un purgatif.

L'action du monésia dans ce cas est pour moi incontestable; mais elle ne me surprend pas, et elle s'explique très bien par les propriétés astringentes du médicament et par l'action en quelque sorte élective qu'il exerce sur le pharynx.

Chez les enfants trop jeunes pour que les gargarismes puissent être employés, je fais préparer un julep que j'additionne de 20 à 30 grammes de sirop de monésia; j'ai vu souvent disparaître promptement des engorgements des amygdales, pourvu qu'ils ne soient pas très anciens.

Le muguet des enfants et les inflammations diphthéritiques de la bouche. Dans un grand nombre de maladies de ce genre, dont quelques-unes fort graves, j'ai obtenu la guérison de mes jeunes malades en employant comme potion et comme collutoire un solution de sirop de monésia dans l'eau, et j'ai surtout constaté ce fait que l'irritation gastro-intestinale concomitante n'en a jamais paru augmentée.

La diarrhée. Le monésia m'a été fréquemment utile dans les cas de ce genre, principalement contre la diarrhée séreuse des jeunes enfants.

Plusieurs fois dans des cholérines, des diarrhées rebelles qui sont si fréquentes dans les chaleurs de l'été, le monésia administré en potions et en lavements a promptement amené la guérison.

La métrorrhagie. J'ai observé il y a quelques mois un cas de perte utérine qui avait résisté à d'autres médications et qui persistait depuis six semaines chez une femme arrivée à l'âge critique.

Le sirop de monésia a arrêté l'écoulement du sang.

Les ulcérations du mamelon chez les nourrices. Je ne connais pas de meilleur moyen pour guérir cette lésion, qui est ordinairement si rebelle et si douloureuse, que l'application faite plusieurs fois par jour d'une solution aqueuse d'extrait de monésia.

Solutions de continuité de la peau. J'emploie fréquemment une pommade composée de 1 à 4 grammes d'extrait de monésia pour 30 grammes d'axonge, et j'ai souvent obtenu par ce moyen la guérison de plaies languissantes et d'ulcères de la peau.

Pour les ulcérations qui succèdent aux brûlures et aux engelures, je ne connais pas de moyen qui produise d'aussi prompts et d'aussi bons résultats.

J'ai traité par le monésia un ulcère serpigineux au pli de l'aine qui avait mis dans un état grave l'enfant à la mamelle qui le portait. La solution de continuité était déjà considérable et s'accroissait encore chaque jour, lorsque soir et matin je fis absterger la plaie avec la solution aqueuse de monésia; on la recouvrait ensuite d'une compresse fenêtrée enduite de la pommade ci-dessus, et on appliquait par dessus un cataplasme émollient. L'aspect de l'ulcère changea immédiatement; les bords élevés, durcis, s'affaissèrent, de violacés qu'ils étaient ils devinrent rosés, et la cicatrisation complète s'effectua rapidement.

Ce succès me frappa d'autant plus que quelque temps auparavant j'avais perdu un enfant affecté d'un ulcère de même nature au creux de l'aisselle; les émollients, les toniques, les iodures, la pommade mercurielle, la poudre de quinquina camphré, tout avait été employé infructueusement, et le petit malade avait succombé.

Je crois ne pouvoir mieux terminer ce résumé qu'en faisant connaître l'observation suivante qui est fort remarquable.

M. R..., ancien militaire, portait depuis plusieurs années à l'extrémité inférieure du rectum une ulcération qui déterminait par l'anus l'écoulement de pus sanguinolent et causait de vives et continuelles douleurs.

L'affection fut considérée comme syphilitique, et le malade étant entré au Val-de-Grâce fut soumis à un traitement mercuriel et sudorifique qui n'amena pas la guérison. Les douleurs étaient devenues intolérables, et, jointes aux ténesme, elles occasionaient d'excessives souffrances contre lesquelles les calmants, les opiacés, les émollients, etc., avaient été employés sans succès.

Ce fut dans cet état que le malade fut vu par un de ses parents, M. Roblin, pharmacien, lequel ayant eu connaissance des succès que j'avais obtenus dans le traitement par le monésia de quelques ulcérations cutanées, et des observations publiées par le docteur Payen sur la guérison de lésions graves du rectum par cette même substance, engagea M. R... à en tenter l'usage.

On fit matin et soir l'application à l'aide de charpie d'une pommade composée de cérat et d'extrait de monésia; les premiers pansements augmentèrent les douleurs, mais la sécrétion purulente fut avantageusement modifiée. Après quelques jours, on ajouta matin et soir un lavement composé de 125 grammes d'eau et 4 grammes d'extrait de monésia. Les douleurs cessèrent bientôt, et, sous l'influence de cette médication continuée pendant une douzaine de jours, la suppuration se tarit complètement.

M. R... jouit aujourd'hui d'une santé complète.

HALBOUT, D.-M., à Gonesse.

VI. De la médecine à bord des navires du commerce.

Monsieur le rédacteur,

Sans avoir ni l'intention ni le désir d'ouvrir une polémique, nous avons l'honneur de vous demander une colonne de votre prochain numéro pour répondre à la lettre que vous avez insérée, le premier juin dernier, dans votre précieux journal (1).

Votre correspondant, homme fort bien intentionné et dont nous honorons, comme vous, le caractère, repousse le jugement que nous portons sur les officiers de santé de la marine marchande. Il nous croit aristocrate, au portrait que nous en donnons dans l'article de médecine navale publié dans votre fascicule de février 1845. Il se trompe, et si la vérité lui a échappé aussi complètement, ne serait-ce pas parce qu'il a peu navigué, parce qu'il n'a pas été convenablement placé pour recueillir ses observations? — Nous le croyons. En effet, nous, nous traitons du chirurgien de commerce

(1) Nous avions promis en insérant la lettre de notre honorable confrère, M. le docteur Thiercelin, de publier un fragment de l'intéressant mémoire qu'il nous a envoyé sur l'exercice de la médecine à bord des navires baleiniers. Nous donnerons ce fragment dans le prochain n°. (N. D. R.)

en général ; lui, il concentre ses réflexions sur le chirurgien baleinier en particulier. Or, la pêche de la baleine est si peu encouragée en France que nous comptons à peine 20 navires (1) armés annuellement pour courir les dangers auxquels elle expose, tandis que plus de 400 bâtiments comportant un médecin se rendent au Mexique, dans l'Inde, au Brésil, à Terre-Neuve, etc.

Sur les baleiniers, nous le reconnaissons, les docteurs sont en proportion plus considérable que sur le reste de la flotte, quoiqu'il ne soit pas rare d'y trouver des praticiens sans le moindre diplôme. Nous parlons de cela par expérience, et, avec une certitude pareille, nous avons écrit que ceux-ci, notons-le, ils constituent la grande majorité (8 sur 10), se soumettent aux travaux les plus humbles, nettoient le pont, coupent la baleine. Les citations ne nous manqueraient pas s'il entrait dans nos idées de montrer la vérité totalement nue ; en mainte rencontre, à Fernambouc, à Chiloé, au Pérou, etc., nous avons reçu des confidences.

Sur les bancs de Terre-Neuve, si couverts de voiles six mois de l'année, y a-t-il un seul docteur ? — Non. « Les chirurgiens, au nombre de 80 à 90, sont la plupart des élèves des hôpitaux civils, qui comptent à peine un ou deux ans d'études. Ils sont troisièmes ou quatrièmes lieutenants pendant la traversée, et *trancheurs* une fois à terre. » (Dr Dauvin, second médecin en chef à Bourbon, ancien chirurgien-major de nos établissements à Terre-Neuve.) Partout ailleurs encore les docteurs-médecins ne sont pas communs, et nous voulons bien compter pourtant comme chirurgiens de navires marchands ceux qui partent pour aller prendre langue dans une région lointaine et y fixer leur domicile. Un calcul d'économie les engage à prendre très passagèrement rang dans cette classe.

Pour prouver que le chirurgien du commerce vaut le chirurgien de la marine militaire, ce que nous désirerions, dans l'intérêt du marin de l'inscription, si utile et souvent si mal récompensé, votre correspondant ajoute que nous n'avons pas tous le parchemin qu'il possède. — Cette assertion est vraie ; mais il ignore que, pour arriver au complément de nos études médicales, ce grade universitaire n'est point d'urgence ; en sorte que nous reculons devant des dépenses inutiles, quand nous n'avons pas l'intention de faire de la clientèle. Cependant nous le prions de jeter les yeux sur l'*état général de la marine ;* il lui apprendra que, sur 80 chirurgiens-majors, 60 en sont pourvus, et cette proportion est plus belle que celle qu'il nous offre.

Les quelques docteurs en médecine que les circonstances obligent à naviguer pour les places de Bordeaux, de Nantes, du Havre, sont à tous égards trop estimables pour qu'on puisse songer un instant à leur appliquer la peinture que nous avons faite du chirurgien du commerce, vu d'une manière générale. — Nous disons plus : ils sont trop malheureux dans cette position si peu en rapport avec leurs études et les sacrifices qu'elles leur ont imposés pour ne point mériter nos sympathies. Dans notre article du 1er février, rien ne saurait être pour eux, puisqu'ils sont en règle pour exercer l'art de guérir partout et sur terre et sur mer. Nous nous étonnons que notre confrère, avec l'habileté que vous lui reconnaissez, ait pu interpréter autrement nos paroles.

Nous serons un des premiers à lire avec attention, à juger avec impartialité les fragments de médecine navale qu'il nous promet.

La chirurgie du commerce, nous en avons l'assurance, renferme exceptionnellement des praticiens dignes d'un plus grand théâtre, capables de figurer avec distinction parmi ceux de la marine royale.

Recevez, M. le rédacteur, etc., etc.
Alph. Guépratte, D.-M.

14 juin 1845, Paris.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Histoire de la phthisie pulmonaire ; nouvelles recherches sur l'étiologie et le traitement de cette maladie ; par M. le docteur Emile Bernardeau (2).

Voici encore un livre qui s'élève contre la stérilité du diagnostic anatomique et de l'anatomie pathologique réduits à eux-mêmes. Ces parties de la science nous ont pourtant mis à même d'apprécier aussi exactement la marche de la phthisie que si nous suivions de l'œil le cours des aiguilles d'une pendule à travers le verre qui la recouvre. Mais à quoi nous sert de connaître mieux la phthisie que Morton si nous ne savons pas mieux la guérir, si même nous la guérissons moins bien que lui, comme il y aurait quelque apparence, et surtout si les malades n'y gagnent que d'être mis à la question avec le stéthoscope et le plessimètre, pour être ensuite abandonnés à leur mauvaise cause ?

M. Bernardeau part, au contraire, de l'idée que la phthisie est curable, très curable même. Pendant le cours de l'année 1835, nous dit-il dans sa préface, j'eus occasion de faire la connaissance de deux hommes qui avaient passé par tous les degrés de la consomption pulmonaire et qui étaient guéris depuis plusieurs années : tous deux avaient plus de trente ans.

(1) En 1844, nous avions 21 baleiniers. — Ce chiffre est exact ; nous le prenons au ministère de la marine.

(2) Paris, librairie de Fortin, Masson et Ce, rue et place de l'École-de-Médecine, 1; 1845.

L'un d'eux ne reconnaissait pour cause de sa maladie que les excès, particulièrement l'insomnie et l'abus des liqueurs : un renoncement forcé à ces habitudes déréglées, un régime confortable et régulier, avaient amené chez lui une santé parfaite. L'autre était médecin; issu de parents phthisiques, il connaissait sa position. En conséquence, tous ses actes étaient raisonnés; en un mot, sa vie était celle d'un rentier. « Ma santé, me disait-il, a des exigences; mais je suis persuadé qu'en les satisfaisant j'éviterai une seconde éruption tuberculeuse, et vivrai tout aussi longtemps qu'un autre. »

La curabilité de la phthisie n'a jamais trouvé de partisans parmi les gens du monde, et cela se conçoit; pour eux, un phthisique qui a guéri n'était point un phthisique. Il ne serait cependant point sans intérêt de populariser un peu l'idée que la phthisie est curable, comme l'auteur cherche à le faire dans son livre. Chez les anciens médecins, ce n'était point mis en question, et l'on ne saurait prétendre que toutes les guérisons admises par Morton ne fussent que des guérisons de catarrhes pulmonaires, la phthisie ayant un cachet qui lui est spécial dans l'immense majorité des cas, si bien que les gens étrangers à l'art la reconnaissent assez aisément. La curabilité de la phthisie gagne tous les jours du terrain parmi nous. Les anatomo-pathologistes eux-mêmes ont été des premiers à la proclamer sur le cadavre, et en ont donné depuis Laennec des explications plus ou moins ingénieuses. Mais, comme c'est leur habitude, ils ont bien plus étudié le mode anatomique que le mode physiologique suivant lequel elle s'opère. Les empiristes se sont aussi pour leur compte emparés de ce résultat, et l'exploitent chacun pour soi, au risque de nous ramener à la polypharmacie qu'ils ont tant reprochée à leurs devanciers des autres siècles. Les uns et les autres ont servi la science et la pratique dans la mesure des moyens qu'ils se bornent à mettre en usage. Aux premiers nous devons la certitude de fait que la phthisie peut guérir, aux seconds nous sommes redevables de quelques médicaments d'une utilité incontestable, comme l'iode, l'huile de foie de morue, mais qui sont loin de pouvoir constituer à eux seuls le traitement d'une maladie comme la phthisie.

M. Bernardeau s'attache dans son livre à nous enseigner comment on peut guérir la phthisie tuberculeuse, et à cet effet il a institué une méthode complète de traitement. Il a fait depuis 1835 une étude spéciale de cette question. A dater du moment qu'il eut constaté la curabilité de la phthisie, il se procura tous les livres qui ont traité de cette maladie. « Je cherchai, dit-il, des tuberculeux, ils ne sont pas rares à Paris, je leur donnai des consultations gratuites, souvent des remèdes gratuits. Quelle ne fut pas ma joie? j'améliorais la santé de tous. Quelques-uns se trouvaient tellement bien de mon traitement, qu'après l'avoir suivi pendant quinze jours ils se croyaient guéris et ne revenaient plus à ma consultation. Plus tard, je l'avoue, j'eus quelques désillusions; mais j'ai reconnu que la plupart de mes insuccès provenaient, soit de la faute des malades, qui ne m'appelaient que quand leur maladie ne laissait réellement plus d'espoir, ou parce qu'ils ne pouvaient se placer dans les conditions hygiéniques rigoureuses. J'eus enfin des mécomptes quand je voulus expérimenter tous les remèdes que l'on préconise d'habitude contre la phthisie pulmonaire. Revenant à mes premiers moyens de traitement, et y joignant les ressources si précieuses de l'hygiène, j'ai pu m'assurer que la phthisie est loin d'être au-dessus des ressources de l'art. »

Dans l'introduction, l'auteur établit que la phthisie pulmonaire n'a pas toujours été aussi fréquente que de nos jours, et cela à cause de la multiplication des professions anti-hygiéniques. Les études faites relativement à l'influence des climats l'ont mené à cette conclusion, que ce n'est pas le froid qui joue le principal rôle. La phthisie est endémique dans les pays humides, qu'ils soient froids ou chauds, comme l'Angleterre, le Brésil, les Indes. Ainsi, M. le docteur Sigaud constate, dans un ouvrage qu'il vient de publier sur le Brésil, que les phthisiques y sont pour un cinquième parmi les morts, proportion supérieure à celle de Paris, égale à celle de Londres, et qui lui paraît due à l'excessive humidité qui règne en certaines contrées très boisées. James Clark, dans les Indes, et M. le docteur Bryat (de Boulogne-sur-Mer), à Rio-Janeiro, ont également constaté que dans ces contrées si chaudes la phthisie sévit davantage sur les indigènes que sur les étrangers. La phthisie est au contraire assez rare dans les contrées les plus septentrionales de la Russie qui sont plus froides qu'humides. Elle l'est encore plus en Égypte où la sècheresse prédomine.

Parmi les causes, nous nous bornerons à signaler ce qui ressort de nouveau des recherches de l'auteur. M. Bernardeau note, avec Fournet, l'état dyspepsique des parents et les habitudes sédentaires de la mère pendant sa grossesse comme une puissante cause de prédisposition pour les enfants.

Le défaut d'alimentation est la cause prédisposante chez les enfants du pauvre; l'excès d'alimentation, quoique agissant d'une manière inverse, produit le même effet chez ceux du riche. La vie en plein air peut jusqu'à un certain point atténuer à la campagne les effets d'une alimentation trop forte; à la ville il n'en est plus de même. « Chaque fois, dit l'auteur, qu'un enfant aura le ventre très tendu et très proéminent, alors même qu'il n'accuserait aucune douleur, et c'est souvent ce qui arrive, tenez-vous pour averti qu'il y a chez lui pléthore veineuse abdominale, ou, ce qui est la même chose, prédisposition à la phthisie pulmonaire. Parmi les adultes, particulièrement les femmes, beaucoup ont la mauvaise habitude de manger à toute heure du jour pour satisfaire des besoins illusoires qui dépendent

habituellement d'une névrose de l'estomac.

On a mentionné parmi les causes un travail excessif; M. Bernardeau y joint les excès de travail intellectuel. Celui-ci a une immense influence sur les fonctions gastriques et hépatiques dont la perturbation prolongée est cause première de tubercules pulmonaires.

La contagion a été, de la part de l'auteur, l'objet de quelques recherches. Il ne l'admet pas pour le contact accidentel, pour la simple cohabitation; mais il la croit possible entre époux qui n'ont qu'une même couche; et si, comme on ne voit pas qu'il y ait lieu de le suspecter, les faits qui lui sont propres et ceux qu'il emprunte à M. Fournet et à M. J. Guérin ont été bien observés, on pourrait encore dire avec Morgagni : « *Corpora phthisicorum fuge adolescens, fugio etiam senex* ; mais dans un sens beaucoup plus restreint que l'illustre anatomo-pathologiste ne l'entendait (1). M. Bernardeau ne borne pas, du reste, la transmission pathologique entre époux à la phthisie. Tous les hivers, dit-il, je constate que des coryzas, des catarrhes chroniques, de quelque forme qu'ils soient, sont communiqués d'un époux à l'autre. Et il cite à ce sujet un cas fort remarquable.

Sous le titre de *Nouvelle théorie*, M. Bernardeau donne, à son point de vue, une explication du développement des tubercules pulmonaires. Pour lui, le développement du tubercule, sa sécrétion ont pour point de départ une chymification incomplète. La plus grande partie des matières mal élaborées sont expulsées; toutefois, un certain nombre de petits fragments sont charriés à travers les conduits chylifères et le canal thoracique jusque dans le sang veineux où elles ne font pas corps avec le sang veineux normal; ce dernier seul reçoit l'influence de l'oxygène de l'air; les parties de sang mal élaborées sont déposées dans la trame pulmonaire, à l'extrémité des vaisseaux, ou, en d'autres termes, sont sécrétées dans le tissu cellulo-vasculaire. Si l'état dyspepsique persiste, le tubercule peut devenir une masse amorphe considérable. Remontant plus loin, l'auteur rapporte la chymification incomplète des aliments à un état habituel de dyspepsie, qui elle-même reconnaît pour cause première la pléthore veineuse, surtout la pléthore veineuse abdominale. Cette théorie du développement des tubercules pulmonaires, que l'auteur revendique comme sienne propre, lui paraît s'appliquer particulièrement à la phthisie héréditaire et à quelques cas de phthisie acquise. On a, en effet, remarqué en Angleterre que les enfants du phthisique présentent de la prédominance du système veineux abdominal.

Nous dirons, relativement à la première partie de cette théorie, qu'il faut un peu se défier des explications mécaniques, à moins qu'elles ne s'appuient sur des observations incontestables. Là il faut voir et non concevoir, autrement on pourra toujours vous objecter que les phénomènes vitaux, physiologiques ou morbides se sont toujours mal prêtés aux théories physiques ou chimiques, même sous la plume d'un Boerhaave. Quant à la dyspepsie, nous eussions voulu que l'auteur nous donnât une définition de cette expression dans le sens qu'il l'entend. Considérée dans son acception ordinaire, la dyspepsie (ou coction difficile) n'est point, en général, une maladie de l'enfance ni même de l'adolescence. Nous ne nions pas, mais nous aurions voulu une démonstration au lieu d'une simple assertion.

Pour ce qui est enfin de la pléthore veineuse que l'auteur donne comme cause prédisposante et par conséquent comme préexistant au dépôt tuberculeux, nous maintiendrons volontiers encore à M. Bernardeau la priorité qu'il réclame sur ce point, en souhaitant que lui ou d'autres démontrent par des faits ce qui n'existe encore dans son livre qu'à l'état de simple assertion.

Dans la description de l'habitude extérieure du phthisique aux divers âges, l'auteur nous donne comme signe pathognomonique la forme hippocratique des doigts, lorsque toutefois elle existe. Deux autres signes sensibles à l'œil de l'observateur doivent suffire, selon lui, pour faire connaître un enfant qui aura chance de devenir phthisique dans l'âge adulte : un ventre tendu et volumineux, et une coloration bleu-perle de la sclérotique. Cette particularité trouve encore son explication dans la prédominance du sang veineux. Ces signes s'observent, en effet, chez des enfants scrofuleux qui sont par cela même prédisposés à la phthisie scrofuleuse.

Mais si la phthisie, dans le jeune âge, est le plus souvent scrofuleuse, c'est l'inverse, dit l'auteur, qui a lieu pour l'âge adulte. Ceci est important à établir pour les indications thérapeutiques et hygiéniques.

Nous ne suivrons point M. Bernardeau dans la description qu'il donne de la phthisie à ses diverses phases; c'est un exposé sommaire de nos connaissances actuelles. Nous nous hâtons d'arriver au point culminant de son livre, le traitement.

D'abord M. Bernardeau passe en revue les principaux agents thérapeutiques conseillés contre la phthisie. Tout en rendant exacte et bonne justice au livre de M. Louis, intitulé : *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie pulmonaire*, il constate que l'auteur est arrivé à un résultat déplorable, puisque tous ses malades mouraient. Quel était donc le traitement de M. Louis? « Le traitement était simple et varié, suivant les indications. Celles-ci étaient déterminées par l'état des fonctions

(1) Dominus Luff.,. postquàm matrimonium contraxerat cum virgine phthisicâ (quæ etiam, si benè memini, vitam intra annum à matrimonio completo finierat, cum colliquatione universali, et reliquis phthiseos pulmonaris funestæ symptomatis) in phthisin etiam, *ex contagio*, uti mihi videbatur, post paucos menses elapsos incidit.

(Richardi Morton Phthisiologia, de phtisi ab hæmoptoë.)

et par les divers accidents qui venaient compliquer la marche de l'affection principale. » Contre la toux : lichen, gomme, opiacés, belladone. — Contre les douleurs pleurétiques : saignées, sangsues, vésicatoires.—Contre l'hémoptysie : saignées, ratanhia.—Contre la dyspnée : vésicatoires, saignées.—Contre les frissons : sulfate de quinine.—Contre les sueurs : acétate de plomb.—Contre la gastrite : opiacés, eau de seltz.—Contre la diarrhée : eau de riz, diète légère, décoction blanche, diascordium, cachou, opium. Tout cela était parfaitement classique et rationnel, au moins en apparence; mais rien de tout cela ne guérissait. C'est que M. Louis traitait les symptômes dominants et non pas l'état général.

L'auteur fait voir ensuite qu'il a en sa faveur Laënnec, au moins en théorie; car ce dernier, tout en employant les médicaments, tenait la phthisie pour être au-dessus des ressources de l'art, et faisait honneur à la nature des très rares guérisons qu'il observait.

Le mont Lactarius. C'était un lieu élevé où des vaches paissaient des plantes aromatiques et fournissaient un lait généreux bien différent de celui de nos climats froids, même lorsqu'il est pur. On y envoyait les malades pour se nourrir de ce lait et ils s'en trouvaient bien, comme ils se trouvent bien encore aujourd'hui d'être envoyés en Suisse passer quelque temps.

M. Bernardeau a aussi employé les gommes, les baumes, les térébenthines, les antispasmodiques. Il a obtenu un effet sédatif, quelquefois; de guérison, jamais. C'est qu'il employait contre la phthisie ce qui n'était applicable qu'au catarrhe chronique. Il accorde, toutefois, une mention honorable aux pilules térébenthineuses, et à la racine de polygala de Virginie. Les antimoniaux lui ont paru plus nuisibles qu'utiles, excepté peut-être le tartre stibié. Il a toujours vu qu'un ou deux vomissements produits par ce médicament soulageaient momentanément les malades, diminuaient leur dyspnée, pouvaient, en un mot, faire disparaître le trop plein de la poitrine.

Dérivatifs cutanés. Au moins inutiles, souvent nuisibles.

Chlorure de chaux. L'auteur l'a employé à très petite dose et s'en est passablement trouvé.

Iode. Il a rendu des services contre les tubercules d'origine scrofuleuse. Mais, de toutes les formes de l'affection scrofuleuse, c'est la phthisie tuberculeuse qui est le plus souvent rebelle à cet excellent médicament. Il est, du reste, un de ceux qui tiennent le premier rang dans la thérapeutique de la maladie qui nous occupe.

Sel marin. M. Amédée Latour apprit un jour d'un directeur de ménagerie ambulante que les singes nourris, dès qu'ils commencent à tousser, avec des carottes imbibées d'une forte dissolution de sel gris, guérissaient constamment. Eclairé par ce fait singulier de médecine comparée, M. A. Latour ordonna à ses phthisiques des bouillons gras très salés. Il a obtenu ainsi quelques guérisons, au moins en apparence, et puis l'on n'a plus entendu parler de rien. M. Bernardeau a engagé ses malades à saler leurs aliments plus que d'habitude et ils s'en sont bien trouvés. Des digestions pénibles ont souvent été régularisées par ce moyen. C'est le sel gris que le phthisique doit employer, et non pas le sel blanc qui est diurétique et trouve plutôt son indication dans certaines maladies du cœur.

Émissions sanguines. Absolument interdites hormis le cas d'une pneumonie intercurrente, où les contre-stimulants ne pourraient être employés. M. Bernardeau n'établit pas d'exception même pour l'hémoptysie. Peut-être est-il trop absolu.

Fumigation. Aucune, selon lui, ne vaut l'usage de fumer le tabac; c'est le meilleur moyen d'arrêter la toux. La vogue du goudron est passée.

Toutes les médications que nous venons d'énumérer ne répondent qu'à des médications spéciales et en définitive secondaires. L'hygiène seule fournit les moyens de combattre directement la phthisie, et en cela l'auteur est arrivé au même résultat que Fournet.

Traitement de M. Bernardeau. 1° Toute personne donc qui a une petite toux sèche, quelque rare qu'elle puisse être, devra examiner si elle ne se trouve pas dans une condition anti-hygiénique et s'y soustraire. De plus, elle adoptera l'usage d'un gilet de flanelle, immédiatement appliqué sur la peau et qui ne devra plus la quitter (1). On fait un voyage de deux mois en Provence pendant les saisons froides et tout simplement à la campagne dans le centre de la France pour la belle saison. Il faut laisser de côté tout travail intellectuel ou physique pour prendre en plein air un exercice qui n'aille pas jusqu'à la fatigue.

L'alimentation se composera, en gras, de potages au bouillon de bœuf, et de viandes rôties ou grillées particulièrement; en maigre, surtout d'œufs et de pommes de terre. L'auteur est tout disposé à faire honneur à cette dernière de la disparition du scorbut de terre et de la diminution de celui de mer.

M Bernardeau permet, conseille même à ses malades de faire maigre deux jours sur sept, dans l'intérêt de leur santé, sinon par conviction. « Toutefois les plus souffreteux prendront le samedi matin une côtelette de mouton bien salée au sel gris et bien poivrée, ou de même un beefsteack. »

Suit maintenant un précepte qui trouvera sans doute des amateurs. « Le phthisique doit boire à tous ses repas du vin vieux pur, de bonne qualité, et du café à l'eau à la fin de son déjeuner. » On évitera de se scandaliser

(1) Nous croyons ce précepte trop absolu. Dans les cas de sueurs nocturnes nous supprimerions la flanelle, la nuit particulièrement. (N. D. R.)

en considérant le café comme un médicament. Je connais, dit l'auteur, un cas de phthisie guérie où le malade prenait du café trois fois par jour. M. Bernardeau a cru remarquer que les personnes qui font un usage quotidien du café sont moins sujettes que d'autres aux affections putrides. Il lui paraît aussi imprimer à la circulation une activité qui contribue à désobstruer les engorgements veineux.

Ces simples moyens ont suffi, à la connaissance de l'auteur, pour guérir souvent des phthisies au premier degré. Chez quelques autres malades, toutefois, il était nécessaire que l'on eût recours à divers moyens thérapeutiques.

Chez ceux qui ne peuvent voyager ni prendre de l'exercice en plein air, l'appétit se trouvait ramené à son type normal par les pilules *ante cibum*.

Le vin ou les pilules de cascarille ont été très utiles chez tel qui éprouvait au moindre refroidissement un accès de fièvre, chez tel autre aux chairs flasques, chez un troisième qui rendait du sang par les selles. S'il y a un spécifique contre la phthisie, c'est, selon l'auteur, le *croton cascarilla*.

2° Le traitement pour la seconde période est encore le même; mais il a besoin d'être plus longtemps continué. Pour l'hémoptysie de courte durée, l'auteur se borne à diminuer l'alimentation pour très peu de temps seulement; si elle persiste, il donne la poudre de cascarille à la dose de deux à trois cuillerées à café, comme agent tonique et astringent. Pour abattre la toux intense et quinteuse, on fumera, si on le peut, plusieurs fois par jour du tabac commun; si on a du dégoût pour ce moyen, on prendra à chaque quinte une cuillerée à café de sirop de morphine. Mais que l'on se souvienne, ajoute l'auteur, que l'opium et ses préparations contrarient le traitement général. Nous sommes en cela parfaitement de son avis. L'opium pour une bonne nuit qu'il vous procure vous apprête une journée sans appétit, c'est-à-dire une mauvaise journée.

3° Le troisième degré n'est pas au-dessus de toute ressource, si l'estomac fonctionne encore normalement. Le phthisique doit encore fuir sa maison et établir ses pénates errants à Madère s'il en a la force, sinon dans quelque chalet Suisse ou dans quelque riante campagne où le lait est parfumé. On le boit sortant du pis de la vache et on suit, du reste, autant que possible, le régime confortable indiqué plus haut. Le phthisique doit mâcher longtemps ses aliments pour laisser moins de besogne à faire à son estomac. Contre les effets de l'absorption du pus de l'ulcère pulmonaire, l'auteur veut encore qu'on oppose le sel marin, le vin vieux pur et le café.

Maintenant il est, suivant les âges et les tempéraments, des indications spéciales, quoique l'hygiène reste toujours en première ligne.

Pour les phthisiques, enfants ou adolescents, pas de café. — Pour ceux au-dessous de sept ans, de l'iodure de potassium dans du lait à la dose de cinq, dix, quinze centigrammes par jour; — de sept à quinze, même remède dans une infusion de feuilles de noyer; — de quinze à vingt ans, infusion de feuilles de noyer seules, à la dose de deux et trois verres par jour. Les feuilles de noyer augmentent l'appétit et la vivacité sans jamais nuire. Certains malades qui ne peuvent quitter leurs occupations vont voir l'auteur deux fois par an, au printemps et à l'automne, pour des symptômes de fièvre intermittente. Du 10 mars au 10 avril et du 10 septembre au 10 octobre, ils prennent par jour trois cuillerées de vin de cascarille. L'auteur les soigne depuis deux, quatre, six ans, et leurs tubercules sont restés tels quels.

Les préparations iodées conviennent à toute personne phthisique qui a eu en même temps une glande superficielle engorgée, quel que soit l'âge. La phthisie est chez ces individus une forme de l'affection scrofuleuse. Nous eussions voulu que l'auteur insistât un peu plus sur la médication antiscrofuleuse, sur l'iode, sur l'huile de foie de morue, sur l'iodure de potassium, qui sont quelquefois si précieux.

Tel est le résumé des idées de M. Bernardeau sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire. Nous ne pouvons qu'encourager vivement l'auteur à poursuivre la tâche qu'il s'est tracée; car nous pensons comme lui que la phthisie est curable et qu'elle l'est principalement par les moyens de l'hygiène, sans que les médicaments puissent toutefois être tout-à-fait mis de côté, en pratique surtout. *Non licet omnibus adire Corinthum.* Il est bien peu de malades qui puissent fuir une patrie inhospitalière pour aller promener leur mal et le dépayser en Provence, en Suisse, à Madère. Le nombre de ceux qui peuvent quitter la ville pour la campagne la plus voisine est encore fort restreint. Il en est beaucoup enfin qui ne peuvent se procurer une bonne alimentation, même au prix d'un travail pénible. Recommandez donc à ceux-ci de vivre en rentiers comme le confrère dont l'auteur nous parle dans sa préface. On est trop souvent réduit à prendre et à traiter les malades dans les conditions anti-hygiéniques où ils se trouvent. Nous conseillons donc à l'auteur de poursuivre ses travaux dans une voie telle qu'ils puissent être aussi utiles à la grande majorité des malades.

Revue des journaux français.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

(Avril 1845.)

Des plaies des os. — Ce titre, que nous trouvons à la première page de ce numéro, nous fait éprouver le besoin de lire avec attention cette monographie et de vous en rendre un compte fidèle ; parce que depuis Boyer il n'était venu à l'idée de personne, il nous semble, de reprendre ce sujet, de le mettre au niveau de l'état moderne de la science. — Dans l'immortel *Traité des maladies chirurgicales*, il n'a point reçu tous les développements que son importance réclame, et, il faut l'avouer, il y a beaucoup à ajouter aujourd'hui aux pages qu'il lui consacre.

Le docteur Guépratte, chirurgien-major de la marine, l'a bien compris de cette façon, et son but a été de réviser ce point; il a appuyé ses principes d'observations curieuses qui complètent admirablement son travail, lui donnent un intérêt essentiellement pratique. Nous allons le suivre page par page, et, malgré la brièveté commandée de cette analyse, nous tâcherons de mettre en relief tout ce que ce mémoire renferme de neuf et de bon.

Pour embrasser convenablement le cadre des plaies des os, et n'y point faire entrer des lésions qui ne doivent pas y trouver place, on croirait au premier coup d'œil, dit l'auteur, qu'il suffit de se bien pénétrer de la définition de la plaie en général, de celle de la blessure, des différences d'acception de ces mots : *plaie* et *blessure*. Il n'en est rien ! L'insuffisance de la science se fait sentir dès le premier pas. En effet, J.-L. Petit, Sabatier, Cooper, etc., ne sont pas assez hardis ; Patissier l'est trop, et Boyer lui-même a une timidité surprenante. Une critique sage, modérée, mais bien raisonnée, le conduit à définir la plaie en général : *Toute solution de continuité par agent extérieur, qui met plus ou moins promptement l'épaisseur de nos tissus, de nos organes, en rapport immédiat avec l'atmosphère.*

Cette définition nous paraît meilleure que toutes celles qui ont cours ; elle est aussi générale qu'il convient, sans l'être trop ; elle mène sans travail à l'idée qu'il est naturel d'avoir d'une plaie quelconque, de celle des muscles, des vaisseaux, des os, etc. Dans toutes, la division de la peau est obligatoire, elle exclut les luxations, les ruptures tendineuses, musculaires, osseuses (fractures), qui complètent avec les plaies le cadre des blessures. Toute plaie est une *blessure*, toute blessure n'est pas *une plaie*, elle exprime cette différence.

Les plaies des parties molles sont produites par des instruments *piquants*, *tranchants*, *contondants*, *par des agents chimiques* ; les mêmes causes agissant sur les os par un mécanisme semblable doivent, à son avis et au nôtre, donner des résultats identiques.

Il examine les plaies par instruments piquants, tranchants et contondants, sur les os plats, sur les os courts, sur les os longs, selon que les instruments arrivent perpendiculairement ou obliquement, sans force ou avec une impulsion franche. Tout ce qu'il dit dans ce long chapitre sur le mode d'action des corps vulnérants, sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces accidents, est plein de justesse et nous semble d'une utilité pratique incontestable.

Les plaies par piqûre de la boîte cranienne sont souvent graves et réclament une attention sérieuse pour être clairement diagnostiquées. Il le prouve par cet exemple que nous résumons : « Au Brésil, en 1838, sur le trois-mâts l'Édouard, j'ai assisté (c'est l'auteur qui parle), aux derniers moments et à l'autopsie d'un jeune marin, qui, trois jours avant d'arriver à Rio-Janeiro, avait reçu sur le sommet du front un épissoir échappé des mains d'un voilier occupé à réparer le grand hunier. La division tégumentaire n'avait pas plus de 4 millimètres de largeur, elle était au milieu d'une ecchymose de la forme et de la grandeur d'une pièce de deux francs. Il n'y avait aucune crépitation, et pourtant le blessé avait présenté tous les phénomènes de la compression, à laquelle il succombait... L'autopsie fit constater une fracture comminutive de la table interne avec enfoncement ; les esquilles triangulaires et anguleuses, au nombre de cinq, faisaient un relief très prononcé, qui se perdait au sein d'un caillot sanguin, à la surface de la pulpe cérébrale... La trépanation en temps opportun eût été seule susceptible de sauver le malade.

Les plaies par piqûre des os courts sont généralement sans gravité ; un morceau de diachylum et un repos de quelques jours suffisent ordinairement pour une cure radicale et prompte. Cependant il y a des exceptions qu'il est bon d'avoir présentes à la mémoire si l'on veut, dans certaines circonstances, prévenir des suites sérieuses chez les sujets lymphatiques, scrofuleux surtout. Dans notre pratique, dit ce médecin de la marine, ces cas ne sont pas très rares. A bord de nos vaisseaux, on fait un usage journalier de clous particuliers, dits à maugère, à tige grêle et effilée, à tête large et plate, et sur laquelle ils se maintiennent ordinairement lorsqu'ils tombent à terre. Ils sont fréquemment cause de blessures, parce que le marin, dès que la température l'y autorise, ramasse sa chaussure, marche pieds nus. Sur la corvette la *Bonite*, nous nous rendions dans la Plata (1841), un jeune homme de vingt-trois ans, au service depuis dix-huit mois, blond, lymphatique, descend un matin de la hune de misaine par les manœuvres verticales qui entourent le pied du mât. Ses pieds heurtent vigoureusement le pont en y arrivant, et le talon gauche est traversé par un des clous en question. Après trois fois vingt-quatre heures de repos et de soins,

Hippolyte F..., impatient, retourne à son service. Un mois plus tard il rentre à l'hôpital ; il ne peut appuyer le pied à terre ; il y a un commencement d'angioleucite ; sous l'épiderme corné du talon, qui est décoloré, on sent de la fluctuation. L'abcès est ouvert : le pus est sanieux, grisâtre ; l'os est rugueux, inégal, altéré d'une dureté insolite. Il a fallu plus de quatre mois pour obtenir une guérison entière ; et sans les réconfortants, les toniques, le fer, elle n'eût pas encore été aussi prompte.

Dans ces lésions, le point le plus capital est de rapprocher de suite les téguments, de soustraire soudainement leur profondeur à l'action de l'air, et, en effet, ne voyons-nous pas les choses se passer le plus heureusement dans les occurrences, en apparence effrayantes, lorsque la nature prévient elle-même la pénétration du fluide atmosphérique ? — Une épée, une lame de fleuret, par exemple, est lancée avec puissance, elle traverse les parois abdominales, passe au milieu des circonvolutions intestinales sans les blesser et s'implante dans le corps d'une vertèbre, dans le sacrum, etc., sans entraîner d'accidents. Ces cas fort curieux sont nombreux aujourd'hui ; l'auteur en augmente le nombre par l'histoire d'un militaire qu'une hallucination porta à s'élancer sur la baïonnette de son fusil.

Si l'espace ne nous contraignait pas de nous arrêter, nous aurions encore beaucoup à dire sur cette excellente monographie qui serait mieux placée dans un dictionnaire que dans un journal.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Avril 1845.

De la hernie des ovaires. — La hernie des ovaires n'est pas un cas chirurgical assez fréquent pour laisser passer sous silence l'intéressante observation que vient de publier dans ce journal le docteur Néboux, chirurgien-major de la marine.

La science distingue six espèces de hernies de ce genre : 1° par le canal inguinal ; 2° par l'anneau crural ; 3° par l'échancrure sciatique ; 4° par l'ombilic ; 5° par des ouvertures anormales de l'abdomen ; 6° par des éraillures enfin des parois du vagin.

La première est une des plus fréquentes, sans contredit ; c'est à elle que se rattache l'exemple dont il s'agit.

A moins de dégénérescence, l'ovaire hernié constitue une tumeur dont le volume dépasse rarement la grosseur d'une amande fraîche revêtue de son enveloppe verte ; elle est sensible et cette sensibilité peut être extrême ; si elle est simple, c'est-à-dire sans complication viscérale, elle ne cause ni coliques, ni vomissements, ni constipation, les matières fécales conservent leur cours normal.... Couchée sur le dos, ou sur le côté opposé à la lésion, la malade éprouve un surcroît de douleurs, des tiraillements déchirants, très pénibles. Nous avions besoin de rappeler brièvement la symptomatologie, parce qu'ici nous remarquons quelques exceptions à la règle générale, exceptions qui ne sauraient ne pas être prises en considération ; elles sont présentées avec bonne foi et par un observateur digne de confiance.

La cliente, madame C., Française, demeurant à Rio-Janeiro (Brésil), âgée de cinquante ans, mère de plusieurs enfants et très amaigrie, présentait dans l'aine du côté droit, au-dessus du ligament de Fallope, une tumeur du volume du poing, qui avait commencé à paraître dix-huit mois auparavant ; couchée sur le dos, elle éprouvait des douleurs violentes et continues ; le facies était crispé, le pouls petit et fréquent, les extrémités froides, l'*excrétion urinaire nulle*, *la constipation opiniâtre*, *les vomissements incessants.* Sans aucun doute, c'était une hernie étranglée, et un examen attentif faisait supposer que l'ovaire entrait dans sa formation. L'opération était de rigueur ; c'était la seule chance de salut. Le docteur Néboux la pratiqua : par une incision, dans le sens du grand diamètre de la tumeur, il divisa dans une étendue de douze centimètres les téguments et le tissu cellulo-graisseux sous-jacent, fit la section des muscles et arriva sur le sac dont l'ouverture laissa échapper un flot de sérosité et lui permit de constater que l'ovaire seul était étranglé et que l'étranglement avait son siége à l'anneau inguinal interne. Il pratiqua le débridement multiple, se débarrassa d'une partie du sac ; à l'instant les accidents cessèrent, le cours des matières fécales et des urines se rétablit ; la guérison ne se fit guère attendre.

Nous croyons que sympathiquement la hernie de l'ovaire peut amener, ainsi que le prouve cette observation, des coliques, des nausées, des vomissements, de la constipation, etc. — Sans avoir la même valeur que dans les hernies intestinales étranglées, ils embarrasseront le praticien au point de vue du diagnostic. — Il est bon, par conséquent, d'être prévenu, de se tenir sur ses gardes.

JOURNAL DES VÉTÉRINAIRES DU MIDI.

Note sur la thérapeutique du tétanos ; essai du cyanure de potassium chez le cheval (1). —En médecine vétérinaire, la thérapeutique du tétanos n'est pas plus avancée que dans la médecine humaine, malgré la facilité plus grande que l'on a de faire des expériences et des autopsies. Le traitement du tétanos, calqué le plus souvent sur les méthodes suivies chez l'homme, offre les mêmes variations et les mêmes incertitudes.

Il est parfaitement inutile de donner la liste des moyens que M. Lafore a employés sur les meilleures recommandations, puisqu'il avoue

(1) Ce qui suit est extrait d'un mémoire qui a été lu à la Société de médecine de Toulouse, le 1er février 1845, par M. Lafore, professeur à l'École vétérinaire.

être arrivé à ce résultat qu'en moins de trois années il a compté quatorze animaux tétaniques et quatorze victimes.

M. Lafore songea donc alors à se mettre à la recherche d'un médicament facile à administrer et qui pût provoquer une secousse violente de toute la machine animale, afin de changer l'état particulier des nerfs qui président aux fonctions musculaires. Il pensa au *cyanure de potassium*. A l'avantage d'agir puissamment sur le système nerveux, cet agent en offre un autre de la plus haute importance, celui de produire son effet immédiatement, par son simple contact avec la surface d'une muqueuse ou même de la peau, sans qu'il soit nécessaire de l'ingérer dans l'estomac.

Voici le résultat des essais consignés sur les livres de clinique de l'école.

Obs. 1. — *Cheval de troupe; tétanos général avec trismus; guérison.* — Après avoir passé trois jours dans l'emploi inutile de la saignée, de l'assa-fœtida et du sous-nitrate de bismuth, l'auteur prescrit le cyanure de potassium. Ving-six centigrammes de cette substance sont introduits dans la bouche par l'espace interdentaire, et déposés sur la muqueuse linguale.

Une minute environ après l'introduction du cyanure dans la bouche, des phénomènes très remarquables se manifestent. La muqueuse buccale se colore fortement en rouge brun; les muscles de la face se contractent avec force, la mâchoire se meut en tous sens, et l'animal pousse des hennissements à l'aspect d'un seau qu'on place près de lui. Il boit de l'eau blanche avec une sorte d'avidité, et il mange quelques poignées de paille sans que la déglutition paraisse gênée. La mastication s'effectue néanmoins avec difficulté.

Dans la soirée, 32 centigrammes de cyanure sont administrés de la même manière, avec plus de facilité pourtant, et provoquent les mêmes phénomènes.

Le lendemain (23 mai), la raideur tétanique a perdu de son intensité; le malade mange une légère ration de foin. 64 centigrammes de cyanure de potassium sont donnés en deux doses égales, l'une dans la matinée, l'autre le soir. (Quatre lavements d'eau tiède térébenthinés.) Le contact du médicament sur la muqueuse de la bouche occasione les phénomènes de la veille, et, de plus, des tremblements partiels sur différentes parties du corps qui cessent après sept ou huit minutes. Aussitôt que le calme est rétabli, l'animal cherche à manger; il appète surtout les boissons.

Le 24 et les jours suivants, on persévère dans la même médication, et le malade, déclaré guéri le 30, est renvoyé au corps un mois après.

Obs. 2. — *Jument de trait, 6 ans; tétanos occasioné par de mauvais traitements; trismus; mort.* La maladie était très grave lorsque l'animal a été amené à l'hôpital, et le cyanure de potassium n'a pu procurer la guérison. Il s'en faut beaucoup cependant qu'il ait été sans influence. Des phénomènes très remarquables, entre autres, se sont manifestés une heure environ après l'emploi du cyanure en frictions cutanées sur le trajet des branches de la 5e et de la 7e paire de nerfs qui se distribuent à la face. C'est d'abord un tremblement très intense dans les muscles de la croupe, le membre postérieur droit et la queue, puis des contractions des muscles zygomato-maxillaire et temporo-maxillaire, qui permettent de distinguer, à travers la peau, les faisceaux de fibres de ces muscles. La durée de ces phénomènes est de cinquante minutes. Après qu'ils ont cessé, on présente à la jument de la farine délayée qu'elle prend avec une sorte d'avidité.

La mort n'a pas été précédée de ces violentes quintes de toux ni de ces sueurs froides qui, dans les affections tétaniques des animaux, annoncent en général une fin prochaine. A l'autopsie, les plexus choroïdes, notamment le droit, ont été trouvés renfermant des concrétions tuberculeuses.

Le cyanure de potassium n'a pas été plus heureux dans l'observation 3, où il s'agit d'un tétanos traumatique par suite de mauvais traitements chez un mulet. Il a encore produit toutefois des phénomènes remarquables. Mais il était difficile qu'il opérât la guérison, car l'animal avait reçu sur la colonne vertébrale des coups qui avaient produit de fortes places contuses, et à l'autopsie on a trouvé des caillots de sang dans la moelle, interrompant même sa continuité, la pie-mère et la substance grise injectées, les corps striés également pointillés en rouge. Le tétanos n'était ici que symptomatique.

Les observations 4, 5 et 6, dont nous supprimons les détails, ne présentent que des succès.

Depuis que ce mémoire a été rédigé, deux chevaux tétaniques ont été traités dans les infirmeries de l'Ecole. Le premier était affecté d'un tétanos général idiopathique, qu'on attribuait à un arrêt de transpiration. Traité exclusivement par le cyanure de potassium, l'animal sortit guéri après un mois de traitement. Le second était aussi affecté d'un tétanos universel, mais traumatique. La maladie avait succédé à une plaie contuse dont on avait arrêté la suppuration par des douches d'eau froide continuées pendant sept à huit jours consécutifs. Ce second sujet succomba quelques jours après son entrée à l'infirmerie.

En faisant le dépouillement de ces huit cas, on voit que le cyanure de potassium a été impuissant dans le second, le troisième, et dans le huitième où le tétanos était traumatique, tandis qu'il a été suivi de succès dans les cinq autres où l'affection était idiopathique.

Ces résultats nous paraissent devoir encourager les praticiens à tenter l'effet du cyanure de potassium contre le tétanos dans la médecine humaine. Malheureusement l'analogie porte à penser, d'après ces faits, que le tétanos étant le plus souvent traumatique chez l'homme, il ne faut pas trop compter d'avance sur le succès.

(*N° de juin 1845.*)

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE PRATIQUE

De l'affection farcino-morveuse chez l'homme; par le docteur A. MARCHANT, de Charenton, médecin-adjoint à l'École roy. vétér. d'Alfort. —L'auteur, par sa position de médecin à l'École d'Alfort, s'est trouvé à même d'étudier mieux que tout autre la morve et le farcin. Le mémoire qu'il vient de publier a pour but de jeter quelques nouvelles lumières sur ce point, le plus important peut-être de toute la médecine comparée.

On donne, en médecine vétérinaire, le nom de *morve* et de *farcin* à deux maladies qui paraissent avoir la même origine quoiqu'elles diffèrent dans leur forme extérieure et leurs caractères nosologiques.

Ce n'est que depuis les travaux d'Elliotson, en Angleterre, et ceux plus récents de M. Rayer, en France, que l'on sait que l'homme peut contracter ces maladies, soit par le contact, soit par la cohabitation avec des animaux morveux ou farcineux; mais ce fait aujourd'hui incontestable n'a pas passé sans opposition, comme on va le voir.

M. Marchant fait observer que le nom *d'affection morveuse*, adopté par MM. Bérard et Denonvilliers, est incomplet, parce qu'il n'exprime qu'une forme de la maladie. Il trouve plus logique de donner aux deux maladies réunies le nom d'*affection farcino-morveuse*, et il ajoute que c'est une maladie spécifique et contagieuse, produite par l'introduction dans l'économie d'un principe morbifique particulier, d'un véritable poison animal.

L'affection farcino-morveuse a dans sa marche et son allure des caractères qui doivent la faire ranger à côté de la syphilis : comme celle-ci, elle présente des affections primitives, secondaires, locales, générales ou constitutionnelles qui, au premier abord, paraissent autant d'états morbides particuliers, et qui cependant ne sont que des expressions diverses d'une même maladie. Ainsi le virus farcino-morveux, toujours identique dans son origine et sa nature, peut produire tantôt la morve, tantôt le farcin, ou, ce qui est le plus commun, les deux affections réunies.

On a toutefois exagéré les points de ressemblance entre la morve et la syphilis, et on a été jusqu'à en conclure que ces deux affections étaient identiques : le mot *chancre*, employé dans la syphilis et dans la morve, a pu aussi confirmer quelques observateurs superficiels dans cette idée. Mais il est bien reconnu aujourd'hui que ces deux maladies ne se ressemblent que par la forme, et on n'admet plus que l'analogie, analogie très grande du reste; car l'affection farcino-morveuse se manifeste, comme la syphilis, par des douleurs, des tumeurs, des ulcérations, des altérations multipliées qui ont leur siége dans les fosses nasales, la gorge, les voies aériennes, les systèmes osseux et cutané. Comme elle aussi, elle affecte une grande irrégularité dans la marche des symptômes.

M. Marchant ne s'occupe dans ce mémoire que de l'affection farcino-morveuse de l'homme. Quoique identique avec celle des solipèdes, elle offre quelques caractères particuliers.

C'est sous la forme de morve aiguë que se manifeste la plus grande violence de l'empoisonnement farcino-morveux. Elle a jusqu'ici toujours été mortelle chez les individus qui en ont été atteints, soit qu'elle ait été précédée par le farcin, soit qu'elle ait débuté de prime abord.

Le farcin, plus lent à se développer, marche avec plus ou moins de rapidité; il offre des intermittences; le plus souvent il aboutit à la morve aiguë.

M. Marchant rejette la division du farcin en farcin *aigu* et en farcin *chronique*, parce que les signes qui servent à l'établir ne sont pas assez sûrs et n'amènent pas à un grand résultat dans la pratique. Le farcin étant quelquefois susceptible de guérison, quoique bien rarement, l'auteur admet la dénomination de farcin *simple* pour cette variété bénigne qui ne se complique pas de morve aiguë. Le farcin *grave* existe, 1° sans altération chronique des fosses nasales, et se termine le plus souvent par la morve aiguë; 2° ou bien avec altération chronique des fosses nasales (morve chronique).

Les observations de morve chronique recueillies sur l'homme diffèrent complètement de la même maladie telle qu'on la voit dans les chevaux, chez lesquels elle se présente fréquemment sans altérer pour ainsi dire leur santé; leur embonpoint se conserve, et ils rendent de bons services à leurs propriétaires, qui les font travailler comme s'ils étaient en santé. Il en est tout autrement chez l'homme; la morve chronique n'est jamais simple et exempte de farcin, lequel se caractérise par des abcès plus ou moins nombreux.

M. Marchant traite ensuite avec quelques développements la question de la contagion; il la croit d'autant plus nécessaire que tous les vétérinaires ne croient pas encore à la contagion de la morve du cheval à l'homme.

Nous avons eu presque chaque année occasion de parler de la morve chez l'homme. Rappelons seulement ici que chez un palefrenier entré à la Charité le 10 février 1837, dans le service de M. Rayer, la morve aiguë fut reconnue par ce dernier et par MM. Andral et Velpeau. Dans une discussion qui eut ensuite lieu à l'Académie de médecine le 28 février, suivant M. Dupuy appuya les idées de M. Rayer; mais M. Barthélemy s'éleva de toutes ses forces contre son diagnostic. Les faits ont dans la suite montré la réalité de la transmission de la morve du cheval à l'homme et de celui-ci à son semblable, ainsi que le prouve de reste la mort malheureuse du jeune Rocher (1) qui avait contracté cette affection en soignant un palefrenier qui en était atteint. Quoique la forme et les lésions

(1) Voyez IXe année, 2e sem., p. 39.

ne soient pas tout-à-fait les mêmes chez l'homme que chez le cheval, ce qui naturellement doit être, la maladie est néanmoins parfaitement identique ; car les inoculations qui ont été faites des produits morveux de l'homme sur des solipèdes sains ont développé la morve avec tous ses caractères les plus tranchés. M. A. Tardieu a publié en 1843 une thèse remarquable sur la morve et le farcin chronique, dans laquelle il professe que la transmission de ces maladies du cheval à l'homme est un fait incontestable qu'il ne faut pas discuter.

M. Marchant se propose de publier les fruits de nouvelles recherches sur l'affection farcino-morveuse.

Revue des journaux allemands.

ŒSTERREICHISCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Observation d'iléus ; portion d'intestin expulsée par les selles ; guérison ; par le docteur Nagel, de Lemberg. — Obs. — K... J..., domestique, âgé de 21 ans, fréquemment affecté de coliques depuis plusieurs années, est pris, dans la nuit du 12 au 13 février 1843, d'une douleur très vive dans le bas-ventre, avec frissons. Ces derniers sont bientôt suivis de chaleurs, de nombreux vomissements et de selles. Transporté à l'hôpital le 13, dans la matinée, il présente les symptômes suivants : tête brûlante, douloureuse ; langue chargée ; soif, ventre gonflé, chaud et très douloureux au toucher ; peau sèche, pouls dur, plein et fréquent ; vomissements et selles limpides, teintes de sang (évacuations sanguines). Les symptômes restent les mêmes jusqu'au 16 ; les selles commencent alors à n'être plus mêlées de sang. Le 19, ténesmes violents. Le 23, le ténesme se reproduit et amène le prolapsus d'une portion d'intestin dont on opère aisément la réduction et sans causer de douleur. Le 26, le malade, se trouvant sans fièvre et dans un état rassurant, rend, pendant une selle, une portion d'intestin longue de vingt pouces et généralement large de deux et demi. Cette portion d'intestin expulsée est formée par une partie de l'iléon, le cœcum, l'appendice vermiforme, tout le colon ascendant et une portion du colon transverse. La muqueuse, tournée en dehors, d'un aspect brunâtre et marquée de noir, particulièrement au cœcum ; elle est ramollie et se laisse facilement enlever ; la tunique séreuse, également brunâtre et corrodée, laisse voir à nu la couche musculeuse, qui est aussi détruite en quelques points. Le malade conserva encore quelques jours de légères douleurs dans le bas-ventre. Il sortit complètement guéri le 23 mars.

Opération césarienne pratiquée pour la seconde fois avec succès, tant pour la mère que pour l'enfant ; par le docteur Mestenhauser. — C'est un fait acquis à la science que l'aptitude à bien supporter pour la seconde fois certaines opérations que l'on a subies avec succès une première. Les opérations qui rentrent dans cette catégorie sont celles qui ont pour but de sauver l'économie des dangers que lui fait courir un ennemi du dehors, comme le font la taille, la lithotritie. Ainsi, Deschamps parle d'un certain concierge auquel il pratiqua tous les ans l'opération de la taille pendant plusieurs années. C'était devenu une affaire toute simple pour le malade. L'opération césarienne paraîtrait être de ce nombre, d'après l'observation suivante :

Obs. —Clara English a subi, en 1840, étant alors âgée de trente-un ans, l'opération césarienne pour cause de difformité pelvienne avec excroissances osseuses remplissant l'intérieur du bassin. Elle a été ainsi délivrée d'une fille actuellement âgée de trois ans et qui se porte bien.

Cette femme est devenue de nouveau enceinte en 1843 et a vu, le 7 août, le terme de sa grossesse s'annoncer par des douleurs utérines qui ont duré toute la nuit. Le lendemain on lui a pratiqué l'hystérotomie le long de la ligne blanche, sans le moindre accident. L'enfant, retiré en bon état, a pu être élevé. La mère, complètement guérie le vingt-huitième jour de l'opération, s'est mise en route pour son pays.

Convulsions guéries par l'ablation de la malléole externe ; par le docteur Engel, de Czernowitz. — Obs. Une femme âgée de trente-trois ans était en proie jour et nuit, depuis deux mois, à des douleurs atroces ayant leur siége au-dessus de la malléole externe droite. Le simple attouchement des couvertures suffisait pour exaspérer la douleur au point d'amener des convulsions. Néanmoins les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne étaient complètement libres. Tout cela était la suite d'une entorse que la malade s'était faite au neuvième mois de sa sixième grossesse, laquelle s'était, malgré cela, bien terminée. La malade avait consulté un grand nombre de médecins, sans obtenir de soulagement d'aucun d'eux. Pour tout symptôme local on pouvait seulement constater que la peau était dure au toucher dans le point douloureux. M. Engel se décida, sur ces données, à exciser une portion de la malléole externe, longue de deux pouces et large d'un seul. La plaie réunie par la suture entortillée guérit par première intention et la malade aussi. Les souffrances névralgiques et les convulsions n'ont plus reparu ; mais il a fallu le microscope pour reconnaître un fongus médullaire dans le tissu de la malleole enlevée.

HUFELAND'S JOURNAL.

Traitement des douleurs dues à la présence des calculs rénaux et vésicaux ; par M. le doc-

teur TOTT, de Ribnitz. — L'auteur recommande avant tout l'émulsion suivante, dont il attribue la formule à M. le docteur John aîné :

Pr. Huile d'amandes douces	30	grammes
Sirop de pavot blanc	30	—
Poudre de gomme arabique	8	—
Jaune d'œuf cru	13	—
Eau de chaux	100	—
Alcoolé d'opium	4	—

M. et F. S. A. une potion émulsive parfaitement homogène. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

M. Tott a aussi obtenu du succès, dans quelques cas, de la préparation suivante :

Pr. Lycopode	12	grammes
Sirop de guimauve	4	—

M. S. A. — A prendre par cuillerées à café de temps en temps.

L'auteur recommande encore comme un puissant palliatif l'administration de lavements préparés avec l'assa-fœtida et l'opium.

Par contre, il n'a obtenu aucun succès des médicaments vantés comme lithontriptiques.

JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN.

De l'iodure de potassium dans le traitement de l'hydrocéphale aiguë; par le docteur CHRISTIERN. — Ce n'est pas la première fois que nous faisons mention de l'emploi de l'iode dans cette désespérante maladie.—Dans le cas rapporté par l'auteur, les saignées, les évacuants et les révulsifs cutanés avaient échoué. La maladie ne faisant que s'aggraver, M. Christiern eut recours à une solution iodurée composée de iodure de potassium 60 centigrammes et iode 15 centigrammes, pour 30 grammes d'eau. Une cuillerée à café de cette solution fut administrée toutes les quatre heures ; en même temps on faisait des frictions avec la pommade d'iodure de mercure. Au bout de quatre jours de cette nouvelle méthode de traitement, la pupille commença à recouvrer de la sensibilité, les convulsions diminuèrent, le pouls se ralentit ; peu de temps après, le bras et la jambe gauche, qui étaient paralysés depuis le commencement de la maladie, recouvrèrent leurs fonctions normales.

(*Band* 11, *heft.* 3.)

Considérations sur la coqueluche épidémique qui règne depuis quelques années à Berlin, et sur l'emploi du nitrate d'argent contre cette affection ; par le docteur A. BERGER, de Berlin. — Passons sous silence les remarques que fait l'auteur sur l'épidémie de coqueluche qu'il a observée pendant l'été de 1844 ; car chaque épidémie a son génie particulier, qui varie aussi suivant les localités.

En ce qui concerne le traitement, M. Berger le divise suivant les périodes. Au début, il prescrit un emploi modéré des antiphlogistiques, des laxatifs et des vomitifs répétés, entre autres, l'ipécacuanha uni au tartre stibié. Dans la période convulsive, il faut combattre l'irritation nerveuse ; or, parmi les nombreux agents de la médication antispasmodique, M. Berger n'en a pas trouvé un seul qui remplît bien cette indication. L'opium, l'acétate de morphine, la belladone, l'acide prussique, les hydrocyanates de fer et de zinc, la teinture d'assa-fœtida, le *sedum palustre*, le tabac, etc., ont bien pu procurer un soulagement momentané ; mais ils n'ont, dans aucun cas, abrégé la maladie.

Il est un médicament dont le docteur Berger assure avoir obtenu le plus grand succès, et qu'il recommande vivement aux praticiens : c'est le nitrate d'argent. Il le prescrit à la dose d'un seizième ou d'un douzième de grain, à prendre trois fois d'abord, puis quatre fois dans la journée. L'intégrité des fonctions digestives et l'absence de complications graves est de rigueur pour prescrire l'usage de ce moyen. M. Berger cite des observations à l'appui de la méthode qu'il indique.

SCHMIDT'S JAHRBUCKER.

Nouveau moyen de préparer le proto-iodure de fer parfaitement pur ; par M. KOP, pharmacien à Rotterdam. — Nous avons déjà donné divers procédés pour préparer le proto-iodure de fer, l'un, entre autres, par M. Dupasquier, de Lyon, l'autre, préférable à celui-ci, par M. Boudet, pharmacien à Paris. Voici un nouveau procédé que nous nous bornerons à indiquer.

Prenez quatre parties d'iode que vous triturerez avec deux parties d'eau distillée, puis ajoutez-y promptement, et en continuant toujours de triturer, une partie de limaille de fer très fine. Au bout de quelques instants la température s'élève considérablement et il se dégage de la vapeur d'iode. Cependant, si la température de l'air ambiant est basse, la chaleur qui se développe dans le mélange est insuffisante ; on doit alors chauffer légèrement celui-ci immédiatement après l'addition de la limaille de fer. Le mélange, liquide d'abord, ne tarde pas à se solidifier.

Il reste dans ce proto-iodure de fer une très petite quantité de fer libre, qu'on en peut facilement séparer par le filtre, au moment où l'on veut se servir de la solution. On obtient alors un soluté limpide, sans aucun mélange de bi-iodure de fer ni d'iode libre. Cette préparation s'administre facilement en pilules.

SACHS'SALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL ZEITUNG.

Remède contre l'épilepsie ; par le docteur BONORDEN. — L'auteur assure avoir employé, sur trois détenus du pénitentiaire de Herford et sur deux malades de sa pratique privée, qui avaient déjà depuis longtemps des attaques

d'épilepsie, le mélange suivant, avec un succès tel, que tous ces malades, après avoir renouvelé deux ou trois fois l'usage de cette formule, n'ont plus eu d'accès ultérieurs.

Pr. Éther phosphoré 3 onces
Teinture de coloquinte 1 gros
Teinture d'arnica 2 gros
Extrait alcoolique de noix vomique 10 grains.

M. S. A. — Prendre trois fois par jour dix à trente gouttes de ce médicament, dont on augmente très graduellement la dose.

Revue des journaux italiens.

L'OSSERVATORE MEDICO.

Cas de fièvre pernicieuse larvée suivie de mort dès le premier accès; par le docteur F. Moscati. — Obs. Un jeune homme de seize ans, de tempérament sanguin-nerveux, de constitution grêle, adonné à l'onanisme, venait de séjourner quelques mois à Rome en demandant son pain, lorsqu'au milieu du mois de septembre 1843, il lui vint à l'idée de retourner dans son pays. Il fit lentement ce voyage, qui dura jusqu'au milieu du mois d'octobre, menant une vie de fatigues, passant les jours et les nuits dans des localités où les fièvres pernicieuses sont endémiques. En proie à toutes les vicissitudes atmosphériques, il était souvent réduit à manger des mets mal préparés, des fruits verts, et à boire des eaux corrompues.

Dans les premiers jours de novembre, il commença à ressentir un malaise général, des vertiges, des envies de vomir, etc. Ces symptômes ne lui firent néanmoins pas quitter son genre de vie accoutumé. Dans la matinée du 7, à la suite d'une nuit très agitée, il éprouva des horripilations fébriles qui furent bientôt suivies de chaleurs; mais, au milieu du jour, il se trouva mieux. Le soir, vers deux heures de la nuit (1), il se mit en route malgré la pluie pour aller au devant de son père, et, après avoir fait ainsi trois milles environ, il s'arrêta tout baigné de sueur pour se reposer sur une hauteur balayée par les vents. Il reprit ensuite son voyage et revint chez lui, épuisé de fatigue, à une heure avancée de la nuit. Il se mit au lit avec des frissons fébriles qui firent place, au retour du jour, à un peu de sueur. Appelé près de lui, le docteur Moscati lui trouva le pouls faible, de la douleur sous-orbitaire, des vertiges, la bouche mauvaise, des douleurs articulaires, principalement le long du rachis, un peu de toux; ventre tendu avec constipation. L'auteur soupçonna bien qu'il pouvait y avoir au fond de tout cela quelque tendance pernicieuse, surtout d'après les antécédents. Cependant il voulut attendre au soir pour confirmer son diagnostic, et il se borna à prescrire l'ipécacuanha à dose vomitive. Mais on revint six heures après l'avertir que vers midi son malade avait été pris d'horripilations intenses qui le faisaient sortir du lit, ensuite de sueur, de délire. Sa mère avait négligé de lui donner l'ipécacuanha et l'avait, d'après sa demande, remplacé par du café.

M. Moscati courut vite chez son malade qu'il trouva sans conscience, tout ruisselant d'une sueur universelle, qui mouillait la couverture et le matelas. Il était, en outre, en proie à des convulsions cloniques et toniques qui s'opposaient à la déglutition; les urines étaient supprimées, la respiration était fréquente, le pouls très petit.

L'auteur n'hésita plus alors à reconnaître chez son malade une fièvre pernicieuse diaphorétique et convulsive. Il fit appeler le docteur Camerarj, et tous deux s'arrêtèrent à l'idée que les secours de l'art étaient inutiles (1). Le malade fut, en effet, bientôt pris de raideur des membres, d'opisthotonos, de respiration stertoreuse; le pouls manqua et la mort survint. — L'autopsie ne fut pas accordée.

S'il faut dire notre avis à ce sujet, à nous autres habitants du nord de la France, qui ne connaissons guère la fièvre pernicieuse que par les livres, nous pensons que, d'après les antécédents, l'auteur ne devait pas hésiter, la première fois qu'il vit le malade, à administrer le quinquina. Bien qu'il n'y ait eu qu'un accès pernicieux dans les formes voulues, il y avait eu précédemment assez de symptômes précurseurs d'une tendance pernicieuse. Qu'on lise l'ouvrage récemment publié par M. le docteur Gouraud père, on verra qu'il ne faut pas toujours attendre, pour se prononcer et agir, que l'on ait vu se dérouler devant soi un accès avec ses trois périodes classiques.

Nouveau moyen pour reconnaître facilement la pureté des eaux potables; par G.-B. Sembenini. — La fécule sèche, mélangée avec un léger excès d'iode, de manière à prendre une teinte azurée avec cent fois son poids d'eau, éprouve, sous l'influence des sels neutres, des réactions qui peuvent aider à distinguer le degré comparatif de pureté de diverses eaux. En général, cette fécule azurée fait découvrir la présence des plus légères proportions, soit de sels neutres, soit de sels acides, soit même de ceux qui sont légèrement alcalins. Pour juger du degré relatif de pureté de plusieurs eaux, il suffit de mélanger avec l'eau de fécule iodée une quantité de chacune des eaux que l'on veut éprouver suffisante pour opérer la séparation de l'iodure azuré. L'eau dont il faudra le moindre volume pour produire cette coagulation sera la plus chargée de sels, *et vice versâ.*

(1) Cette époque de la journée en Italie répond à notre heure de huit à neuf heures du soir.

(1) Dans une circonstance pareille, Bouvard n'avait pas hésité à briser une dent pour faire avaler une décoction de quinquina.

GAZZETTA MEDICA DI MILANO.

Du traitement de l'entropion au moyen d'un séton passé dans la paupière et du compresseur de Sharp ; par le professeur Flarer. — Obs. Un paysan, âgé de vingt ans, se présenta à la clinique ophthalmologique de Pavie avec un entropion qui avait succédé à une ancienne ophthalmie scrofuleuse. Il était affecté de blépharospasme, de photophobie et d'un larmoiement continuel. Les deux paupières inférieures étaient intro-fléchies ; les supérieures étaient aussi renversées en dedans, de telle sorte que les cils se jouaient à chaque instant sur le globe de l'œil, et qu'il était impossible de rabattre les paupières assez en dehors pour apercevoir l'angle postérieur de leur bord libre. Les paupières, œdémateuses et excoriées, présentaient à leur partie moyenne une saillie longitudinale causée par la contraction exagérée du muscle orbiculaire.

Après avoir tenté inutilement divers moyens, entre autres l'arrachement des fils, M. Flarer se décida à employer le séton. Dans l'intention, dit-il, d'irriter les fibres du muscle orbiculaire, il introduisit dans la paupière supérieure gauche une longue aiguille un peu recourbée et traînant après elle un fil double de coton, qu'il fit passer de l'un des angles de l'œil à l'autre. Les deux extrémités du fil, réunies en anse, servirent à maintenir la paupière suspendue et relevée vers le front.

L'irritation consécutive fut peu grave. Le fil tiraillant la paupière ulcéra et finit par perforer la peau dans tout son trajet. Il en résulta une cicatrice linéaire, à la faveur de laquelle la paupière reprit une bonne position.

Encouragé par ce succès, M. Flarer fit la même opération du côté droit; mais voulant, de cette fois, ménager la peau, il enleva le séton dès que la suppuration eut été établie. Le résultat fut aussi satisfaisant que dans le premier cas. La douleur avait été si peu de chose, que le malade demanda que la même opération lui fût pratiquée sur les autres paupières, ce qui fut fait avec un égal succès.

Il restait encore à combattre la tendance du muscle orbiculaire à se contracter désordonnément. M. Flarer fit usage, dans ce but, du compresseur de Sharp, après l'avoir modifié de manière à ce qu'il pût s'adapter à toutes les variétés de conformation de l'orbite de son malade.

Après un mois de l'application de cet instrument, le spasme palpébral, la photophobie et le larmoiement avaient cessé. L'angle postérieur du bord palpébral, que l'on put alors examiner, se trouva couvert à chaque œil d'un grand nombre de faux cils qui s'étaient développés, soit sur la paupière supérieure, soit sur l'inférieure. La cornée offrait aussi un pannus. Il fallut faire autour des cils quatre opérations successives, qui firent rapidement disparaître le trichiasis. Le pannus fut attaqué à son tour par des collyres astringents laudanisés, avec assez de succès pour que le malade pût sortir au bout de quatre mois et demi, jouissant d'une assez bonne vue, dont on lui faisait encore espérer l'amélioration par l'usage du laudanum et la pommade au précipité rouge.

Traitement de la colique de plomb par les opiacés et le vin ; par M. Triberti. — Quels que soient les avantages que l'on retire des purgatifs, ils ne sont pas assez constants pour que l'on puisse les considérer comme doués d'une vertu spécifique dans le traitement de la colique saturnine. M. Triberti a pris à tâche de réhabiliter l'opium auquel il associe le vin aussitôt que le malade est apte à prendre des aliments. Les avantages qu'il attribue à cette méthode sont : 1° d'amener la guérison au bout de six à huit jours ; 2° de procurer un rétablissement très rapide, presque sans convalescence ; 3° de ne jamais être suivie de mort, avantage que n'a pas, selon lui, le traitement dit *de la Charité*, puisque, suivant M. Orfila, dont il invoque le témoignage, la mortalité serait de 30 sur 100.

M. Triberti commence par prescrire 30 centigrammes d'extrait d'opium en six pilules ; on en prend une toutes les deux heures. Le malade boit en même temps dans la journée 750 grammes d'une émulsion à laquelle on a ajouté 60 grammes de sirop diacode. A tout cela l'auteur ajoute quelquefois l'usage de frictions sur le rachis et l'abdomen avec liniment composé de 15 grammes de laudanum pour 90 grammes d'huile d'olive.

Si les symptômes résistent, la quantité d'opium doit être portée jusqu'à 60 centigrammes dans la journée.

Pour le vin, on débute par 180 grammes, et on arrive bientôt à 500.

M. Triberti donne l'observation détaillée de cinq guérisons qu'il a obtenues, chez chaque malade, dans l'espace de six à huit jours. Un fait assez remarquable qu'il signale, c'est que les opiacés, qui ordinairement constipent, produisent l'effet contraire dans la maladie dont il est ici question.

On sait que MM. Brachet et Bricheteau ont essayé, à peu près sans succès, de remettre en honneur chez nous le traitement de la colique de plomb par les opiacés. Ce qu'on reproche à cette méthode, c'est la longueur de la cure, plutôt que son inefficacité. L'addition du vin serait-elle la cause de la rapidité de la guérison des malades du médecin italien? Quoi qu'il en soit, il faut plus de cinq cas pour se prononcer sur la valeur des assertions de M. Triberti. Nous l'engageons donc à continuer ses recherches et à les publier.

De l'application de l'arsenic pur sur les cancers pour obtenir la guérison radicale de cette affection ; par le docteur Angelo Barbieri. — Nous ne mentionnons ce travail que pour blâmer la méthode de l'auteur, si brillants que soient les résultats qu'il prétend en avoir obtenus. On sait que les différents causti-

ques arsenicaux employés en France ne contiennent qu'une très faible quantité de composé arsenical ; encore n'en fait-on pas usage sans crainte, et recommande-t-on de ne jamais appliquer ces pâtes caustiques sur de larges surfaces tout d'une fois. Un médecin d'une ville voisine de la capitale vient de subir devant les tribunaux une juste condamnation pour avoir appliqué sur des cancers des composés contenant jusqu'à 75 pour cent de préparations arsenicales, d'où il est résulté de véritables empoisonnements. Mais M. Angelo Barbieri va bien plus loin. C'est l'acide arsenieux pur qu'il recommande d'appliquer sur l'ulcération. Que nous importe maintenant qu'il ait guéri, qui d'un cancer sus-orbitaire, qui d'un cancer du nez, qui d'un cancer de la région temporale, qui d'un cancer axillaire, qui d'un cancer de la verge ? Le succès ne justifie pas toujours la témérité en thérapeutique.

Transmission de la blennorrhagie par un bain ; par M. C.-A. — Obs. M. X..., âgé de cinquante ans, robuste, passionné pour la chasse, n'avait jamais rien éprouvé du côté des voies génito-urinaires. Le 24 juillet 1844, il rentra chez lui après une chasse de quatre jours consécutifs, pendant lesquels il avait fait quelques excès bachiques. Il vit sa femme deux fois dans la nuit. Celle-ci se plaignit au moment même d'une ardeur insolite aux parties génitales. Pour apaiser cette cuisson, elle prit un bain qu'elle fit partager à une de ses filles âgée de huit ans. Le jour suivant, sentant encore la même cuisson, elle prit un autre bain avec une autre de ses filles, âgée de quatre ans. Elle continua encore à se plaindre des mêmes douleurs ; mais elle ne parla pas de ses pertes blanches.

Le 28 juillet, le mari aperçut sur lui-même, à l'orifice de l'urèthre, une goutte de mucosité blennorrhagique bien caractérisée. La blennorrhagie suivit son cours, avec des érections nocturnes fort douloureuses.

Le 30 juillet, l'aînée de ses filles ressentit une vive cuisson en urinant ; le lendemain elle commença à tacher son linge. Le 1er août, ce fut le tour de la cadette. Elles n'en étaient pas encore quittes le 18 août.

Quant à la femme, la cuisson cessa chez elle dès les premiers jours d'août ; elle assura qu'elle n'avait jamais eu de perte blanche, et elle consentit à reprendre les rapports conjugaux.

Le mari, lorsqu'il vint consulter M. C. A., prit sur lui toute la responsabilité des accidents développés dans sa famille, en attribuant la cause première à la chasse. Je me gardai bien, dit l'auteur, de le détromper, et je lui recommandai de renoncer à l'exercice de la chasse.

De l'utilité de l'iode et de ses préparations dans le traitement du goître, de la syphilis constitutionnelle et des dartres ; par le docteur G. Valenzasca. — Nous ne faisons que mentionner ce travail dont l'auteur est arrivé, particulièrement en ce qui concerne la syphilis, à des résultats parfaitement analogues à ceux qu'ont obtenus les pathologistes français et que nous avons eu maintes fois occasion de signaler en leur temps. M. Valenzasca a constaté que l'iodure de potassium agit spécialement sur les sécrétions urinaires et cutanées, qu'il n'atrophie pas les mamelles.

Revue des journaux anglais.

LONDON AND EDINBURGH JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Pannus traité par l'inoculation du liquide d'une ophthalmie purulente; par M. Dudgeon. — Cette méthode n'est pas nouvelle, et elle a trouvé des patrons, à la tête desquels on voit figurer le nom de M. Jaeger. Voici l'observation rapportée par l'auteur :

Obs. — Catherine Evans, âgée de vingt-un ans, était affectée depuis sa deuxième année d'une ophthalmie survenue à la suite d'une rougeole. On comptait sur l'époque menstruelle pour opérer la guérison : loin de là, l'ophthalmie fit encore de nouveaux progrès. La cornée était devenue plus que jamais vascularisée et opaque, surtout en haut, où se trouvaient quelques granulations. D'autres granulations tapissent la paupière supérieure et lui donnent une épaisseur telle qu'on ne peut l'élever qu'avec difficulté. La conjonctive scléroticale est également très vascularisée ; à tout cela se joignent de la photophobie, du clignotement et du larmoiement. La santé générale est d'ailleurs bonne. Les divers traitements dirigés contre cette affection ont tous échoué, sauf l'excision des granulations, qui a amené un soulagement temporaire. La malade est incapable de lire les plus gros caractères et d'être employée à quelque occupation que ce soit.

Le 30 septembre 1843, M. Dudgeon prit de la matière provenant de l'ophthalmie purulente d'un enfant, sain d'ailleurs, et l'introduisit une heure après entre les paupières de l'œil droit de sa malade. Au bout de vingt-quatre heures, les paupières commencèrent à devenir rouges et gonflées ; bientôt il s'établit un écoulement séro-purulent. La réaction fut assez forte le troisième jour pour nécessiter de la part de l'auteur la prescription d'une application de trois sangsues et une purgation saline. Il revint encore deux fois aux sangsues et instilla quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent. Malgré cela l'écoulement devint franchement purulent et le chemosis se manifesta. Le 11 octobre, l'œil gauche, qui avait été préservé avec le plus grand soin du contact du pus sécrété par l'œil droit, fut néanmoins

pris à son tour et passa par la même période de symptômes que son congénère. Celui-ci, de son côté, subit par contre-coup le retour de la sécrétion purulente. Deux applications de sangsues furent faites au pourtour de l'œil gauche. Le 18 novembre, il se manifesta un amendement notable, et l'œil droit pouvait être ouvert par la malade elle-même.

Le 28, on fut surpris de voir que Catherine Evans, qui avait toujours été affectée d'une photophobie intense, pouvait ouvrir librement les deux yeux devant une fenêtre. La sclérotique reprenait son aspect blanc; les vascularisations de la cornée se dissipaient à gauche, et avaient déjà disparu à droite. Le 8 décembre, la malade distinguait les caractères de moyenne grosseur et supportait la lumière, si vive qu'elle fût. La moitié inférieure de la cornée avait recouvré sa transparence normale, et la moitié inférieure perdait tous les jours de son opacité. La transparence a fini par se rétablir complètement, sauf un léger nuage, situé trop haut sur la cornée pour gêner notablement la vision. La malade se tient droite, peut supporter le jour le plus éclatant et se livre aux travaux d'aiguille les plus minutieux.

THE MEDICAL TIMES.

Considérations cliniques sur la maladie rénale de Bright; par le docteur J. CORRIGAN, professeur à l'Ecole de Dublin, médecin de l'hôpital de Richmond. — Dans le principe de la maladie, on peut, dit l'auteur, prescrire la saignée du bras, l'application des sangsues ou des ventouses aux lombes, suivie de vésicatoires et de l'usage interne du tartrate antimonié de potasse ou de la poudre de James à doses répétées. Aussitôt que le pouls baisse et que la peau devient froide, on ne doit administrer que le mercure, jusqu'à salivation modérée. Ce traitement ramène assez souvent la santé, quelquefois d'une manière durable; mais ce n'est pas le cas le plus commun. Les malades attribuent ordinairement leur nouvelle attaque à l'action du froid. On traite la maladie de la même manière que la première fois; assez souvent encore on guérit momentanément, et ainsi de suite un certain nombre de fois, tant que l'ascite et l'anasarque ne sont pas considérables. Mais plus tard ces deux phénomènes s'aggravent.

Suivant M. Corrigan, il y a deux variétés de la maladie rénale de Bright, identiques au fond, l'une avec l'hypertrophie, l'autre avec la cirrhose du foie. Cette opinion résulte pour lui de la similitude d'altération des reins avec les deux dégénérescences de la glande biliaire, et de la même durée de la vie dans les deux maladies des reins et dans l'hypertrophie et la contraction du foie. Si vous coupez le rein affecté de la première espèce, vous trouverez la même coloration jaune dans toute sa substance corticale que dans le foie hypertrophié au premier degré. Si l'on peut affronter les deux pièces pathologiques côte à côte, on est frappé de la similitude de leurs altérations. L'augmentation de volume dans les deux organes dépend d'une infiltration extraordinaire de lymphe dans leur tissu. L'autre variété, qui serait une cirrhose rénale, présente aussi la même altération que la cirrhose du foie; cela dépend de la contractilité de la lymphe infiltrée. Ce n'est pas le tissu granuleux qui est alors le siége de l'épanchement; celui-ci ne s'opère que dans le tissu cellulaire qui constitue la matrice de la glande; la lymphe qui s'y est infiltrée comprime à la fois et les *acini* (granules) et les vaisseaux sécrétoires de la glande, de telle sorte qu'elle empêche la sortie de tout fluide plus dense que l'eau. Aussi, dans cette variété, l'urine, au rebours de ce que l'on observe dans la première, est d'une pesanteur spécifique beaucoup au-dessous de son état naturel; elle perd sa couleur normale; à mesure que le mal devient plus intense, l'albumine diminue et finit même par disparaître tout-à-fait; les canaux urinifères ne laissent plus sortir que de l'eau pure et rare, car c'est ainsi que l'on peut appeler de l'urine manquant tout-à-fait ou à peu près de ses sels et de son élément essentiel, l'urée. Par contre, ce dernier principe, ainsi que s'en est assuré Christison, passe dans le sang, et on conçoit qu'il doit agir toxiquement sur l'économie. Aussi, bien souvent, la terminaison fatale, dans cette forme qui est la plus grave, s'annonce-t-elle souvent par des vomissements suivis de coma. Dans la première variété, au contraire, dans la variété hypertrophique, l'urine conserve presque sa pesanteur spécifique; elle est abondamment sécrétée, beaucoup plus même quelquefois que dans l'état de santé. Malgré cela, toutefois, l'anasarque ne diminue pas, ce qui prouve que les deux phénomènes sont indépendants l'un de l'autre. De l'albumine est secrétée dans l'urine; souvent aussi il y passe de la matière colorante du sang.

L'auteur pense que ces signes caractéristiques des deux espèces d'urine suffisent pendant la vie pour faire distinguer facilement à quelle variété d'affection rénale on a affaire.

La forme hypertrophique est de beaucoup la moins grave. Il y a là, dans le début, une néphrite légère qui laisse les reins dans un état d'atonie; leur système vasculaire est tellement relâché qu'il laisse extravaser le sérum du sang. Dans l'opinion de l'auteur, la maladie n'est, au fond, qu'une *diarrhée du rein*. Le traitement doit être le même que celui de l'hypertrophie du foie, c'est-à-dire être basé sur des toniques généraux, les ferrugineux en tête. Il faut peu s'occuper de l'organe malade; ce serait en pure perte qu'on passerait le temps à le traiter directement. L'organisme fortifié, l'état de la glande se modifie heureusement ou reste stationnaire et permet à la vie de se prolonger dans un état de santé passable. Souvent l'anasarque disparaît; mais, peu de temps après, elle revient quoi qu'on fasse.

Quant à la cirrhose du foie, M. Corrigan la regarde comme incurable, quoiqu'elle soit quelquefois de longue durée. On doit se borner à pallier les symptômes les plus graves, comme l'anasarque et les complications vers la tête.

(*Numéro du* 5 *avril* 1845.)

THE DUBLIN MEDICAL PRESS.

Déplacement de la longue portion du biceps brachial; par le docteur HANCOCK. — Le fait suivant, que sa rareté tendrait à faire reléguer dans les cas simplement curieux, mérite cependant d'être brièvement noté en passant.

OBS. — Un homme occupé à clouer un tapis, voulant se relever subitement, glissa et tomba en arrière sur le coude. Il éprouva à l'instant une douleur très vive, qui lui fit croire que son bras avait été fracturé ou luxé; mais comme il pouvait le porter facilement à sa tête, il se rassura et continua sa besogne, que la douleur, toutefois, l'obligea bientôt de cesser. Le lendemain, l'épaule était douloureuse et gonflée, le bras ne pouvait être relevé. Au bout de trois semaines le gonflement était diminué, mais la douleur persistait encore aussi forte que le premier jour. On put alors constater que l'épaule, du côté malade, était déprimée, aplatie en dehors et en arrière; la tête de l'humérus semble portée plus en haut que de l'autre côté, et reposer hors de la cavité glénoïde. En appliquant la main sur l'épaule malade et en faisant exécuter des mouvements à l'humérus, on sent de la crépitation, une sorte de frottement des têtes articulaires; le bras ne peut pas être élevé à angle droit, et le malade éprouve des douleurs très vives dans l'articulation toutes les fois qu'il essaie de soulever quelque chose; les mouvements en arrière et en avant sont les seuls possibles.

Cet homme mourut six mois après des suites d'une chute. On trouva, à l'autopsie, le long tendon du biceps déplacé hors de sa coulisse et porté sur la petite tête de l'humérus.

(*Janvier* 1845.)

Extirpation du coccyx; par le docteur NOTT. — Le même journal rapporte, d'après l'*American journal of medical science*, l'observation d'une dame de vingt-cinq ans, qui, depuis dix mois, était atteinte de douleurs en apparence névralgiques, que la pression sur le coccyx exaspérait encore. L'os fut mis à découvert et enlevé, ce qui fut une opération à la fois laborieuse et fort douloureuse; le coccyx se trouva carié. La morphine à haute dose calma les douleurs consécutives à l'opération. La plaie s'est bien cicatrisée et les douleurs n'ont plus reparu.

THE NORTHERN JOURNAL OF MEDICINE.

Corps étranger dans le larynx; par James DUNCAN. — OBS. — Le 11 janvier, M. M... jouait avec un schilling et s'amusait à le cacher dans sa bouche. Un violent accès de toux et de la difficulté à respirer annoncèrent que la pièce venait de glisser dans les voies aériennes. Ces accidents se calmèrent et le malade se rendit lui-même chez le docteur Patisson. Il y avait une heure que l'accident était arrivé; la dypsnée était peu prononcée, excepté lorsque le malade faisait des mouvements susceptibles de déplacer le corps étranger. Le malade est ensuite amené chez le docteur Duncan, qui l'examine conjointement avec le professeur Simpson et d'autres praticiens. La voix était un peu voilée; le malade paraissait respirer sans difficulté; il disait cependant ressentir un obstacle analogue à celui que produirait une soupape qui s'opposerait au passage de l'air en comprimant le larynx. Il accusait en outre une douleur qu'il rapportait au séjour du corps étranger en un point qu'il désignait et qui correspondait au corps cricoïde. Les consultants jugèrent convenable d'essayer d'abord le renversement du corps, moyen qui avait si bien réussi à M. Brodie dans le cas de l'ingénieur Brunel (1). Le malade fut placé sur le bord d'un sopha; les personnes présentes le soulevaient par les reins en lui imprimant quelques secousses, en même temps que M. Simpson faisait exécuter des mouvements au larynx. Au bout de quelques instants le corps étranger tomba dans la bouche.

LONDON AND EDINBURGH MONTHLY REVIEW.

Des bons effets de la résine de gayac dans l'angine tonsillaire aiguë; par le docteur B.-R. MORRIS. — C'est sur la recommandation du docteur Bell, de Barhead, que l'auteur a essayé l'emploi du gayac dans l'angine et il assure en avoir retiré des effets avantageux. Dans la majeure partie des cas où il l'a employé, il lui a semblé utile de débuter par un vomitif qu'il faisait suivre par l'administration d'un purgatif. La résine de gayac était ensuite prescrite à la dose d'un gramme par jour, en trois fois. La rapidité avec laquelle ce moyen soulageait le malade lui a paru tout-à-fait extraordinaire, ce qui se conçoit jusqu'à un certain point si l'on réfléchit que le gayac augmente toutes les secrétions en général, mais particulièrement celles de la peau et des reins.

---

(1) Voy. X^e^ année, 2e semestre, p. 254.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mai 1845.

Présidence de M. CAVENTOU.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de l'ordonnance royale approuvant l'élection de M. Longet.

A l'occasion de la lecture du procès-verbal, M. Gérardin proteste que dans tout ce qu'il a dit à la dernière séance il n'y avait rien de personnel pour M. Fontan.

M. LOUIS saisit cette occasion pour rendre personnellement hommage au caractère de M. Fontan, qu'il connaît depuis longtemps. Personne, dit-il, ne pousse plus loin que lui la loyauté et la délicatesse dans l'exercice de ses fonctions. (Marques d'assentiment général.)

Préparations d'anatomie artificielles. — M. BÉRARD fait, au nom de MM. Blandin, Amussat et au sien, un rapport sur les préparations artificielles d'anatomie en cuir repoussé de MM. Carteaux et Chaillou. Le rapporteur indique sommairement les procédés à l'aide desquels les inventeurs de ces préparations sont parvenus à reproduire avec la plus grande fidélité les dispositions anatomiques les plus délicates, insiste particulièrement sur l'utilité qu'elles peuvent offrir, soit comme moyen auxiliaire de l'étude de l'anatomie, soit pour guider les chirurgiens dans le manuel de certaines opérations. Il exprime le désir que les auteurs apportent surtout leurs soins aux pièces destinées à rappeler l'anatomie des régions. Il propose pour conclusions d'approuver les travaux de MM. Carteaux et Chaillou et de les engager à persévérer dans leurs efforts.

Plusieurs membres demandent qu'on présente les pièces. Ces pièces ne se trouvant plus dans les collections de l'Académie, le vote des conclusions est suspendu jusqu'à ce que ces pièces soient de nouveau déposées sur le bureau.

Contagion de la fièvre typhoïde. — M. BRICHETEAU lit, en son nom et au nom de M. Castel, un rapport sur un mémoire de M. PATRY, médecin dans le département d'Indre-et-Loire, dans lequel ce praticien émet l'opinion que la fièvre typhoïde est contagieuse, et appuie cette opinion sur un grand nombre de faits. M. le rapporteur fait remarquer que cette croyance est celle de presque tous les médecins qui pratiquent dans les petites localités. Telle n'est pas au contraire celle des praticiens des grandes villes, de Paris surtout. Beaucoup pensent que cette divergence d'opinion tient à ce que, dans Paris, il est presque impossible de suivre les traces de la contagion, tandis que dans les campagnes rien n'est plus aisé, à cause des rapports journaliers et bien connus que les habitants ont entre eux. M. le rapporteur croit qu'il y a une autre raison qui explique la fréquence de la contagion dans les petites localités et sa rareté à Paris; c'est que, dans les premières, les maladies prennent de suite un caractère grave, par suite du défaut de soins, de la malpropreté des habitations, de l'absence fréquente des secours les plus nécessaires. A Paris, au contraire, les malades sont promptement secourus dès le début. En résumé, M. le rapporteur partage l'opinion de M. Patry sur la contagion de la fièvre typhoïde, et propose pour conclusions de lui adresser des remercîments, de lui donner les encouragements qu'il mérite, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de correspondants.

M. MOREAU partage également l'opinion de l'auteur du mémoire et professe que la fièvre typhoïde se propage non pas par infection, mais qu'elle est contagieuse *per se*. Voici, ajoute-t-il, un exemple qui paraît mettre ce point hors de doute : — Un fermier des environs de Paris, habitant dans une localité très saine une maison vaste, bien aérée, et vivant dans l'aisance, avait une fille de vingt et un ans qui fut prise d'une fièvre typhoïde à laquelle elle succomba le vingt-unième jour, entourée de tous les soins et de tous les secours possibles. Elle avait eu pour garde constante sa mère qui ne l'avait pas quittée un seul instant. Un de ses frères, âgé de vingt-quatre ans, robuste et très bien portant, habitant une ferme à quelque distance de celle de son père, vient voir sa sœur plusieurs fois; la veille de sa mort, il passa toute la journée auprès d'elle et ne la quitta qu'après lui avoir rendu les derniers devoirs. De retour chez lui, il fut pris aussitôt de fièvre typhoïde et mourut le huitième jour. La mère, qui était allée lui donner ses soins, comme elle avait fait pour son autre enfant, fut prise à son tour et mourut au bout de quatre jours. Ces trois malades ont été soignés par un médecin fort instruit et vus par M. Chomel et par moi.

M. ROCHOUX admet la contagion pour le typhus, mais non pas pour la fièvre typhoïde, et il met au défi que l'on puisse citer un seul cas bien avéré de transmission de cette dernière par contagion. La fièvre dont il est question dans les départements est le typhus et non la dothinentérite. Il n'en veut pour preuve que ce qu'en a dit M. Bricheteau lui-même, lorsqu'il attribue le développement de cette maladie à la malpropreté et au défaut de soins hygiéniques, tandis que tout le monde sait que ces conditions ne suffisent pas pour faire naître la fièvre typhoïde.

M. BRICHETEAU répond que la maladie dont il est question dans le mémoire est parfaitement décrite et que les symptômes sont absolument les mêmes que ceux de nôtre fièvre typhoïde. Il admet la contagion de cette maladie parce qu'il l'a vue de ses propres yeux. Le mémoire de M. Delaroque en renferme plusieurs exemples incontestables (1). On sait

(1) Voy. dans notre collection un grand nombre d'articles sur la contagion de cette maladie.

d'ailleurs qu'une maladie peut, suivant certaines circonstances, être ou n'être pas contagieuse.

M. COLLINEAU a vu des fièvres typhoïdes à Paris et en province : c'est absolument la même maladie. Il ajoute, toutefois, que la contagion lui a paru évidente en province, tandis qu'à Paris il n'en a pas vu d'exemple.

M. CASTEL regarde la contagion comme un être relatif et non absolu ; c'est un épiphénomène plutôt qu'un phénomène inhérent à la maladie. Telle maladie, dit-il, qui ne sera pas contagieuse dans une saison peut le devenir dans une autre ; une maladie qui n'est point contagieuse en France peut l'être en Espagne.

Les conclusions du rapport sont adoptées. — M. Lucien BOYER présente à l'Académie un jeune garçon de dix à douze ans auquel il a pratiqué l'amputation sus-malléolaire. Cet enfant porte une jambe mécanique de M. Martin, à l'aide de laquelle il marche, court, saute et fait toutes les évolutions possibles avec facilité.

Médecine comparée. — M. AUZIAS-TURENNE montre à l'Académie un singe vivant auquel il a inoculé la petite-vérole. Il en est résulté une pustule bien évidente. Un autre singe sur lequel il avait pratiqué la même inoculation est mort le dixième jour, en même temps qu'une éruption générale de boutons mal caractérisés se manifestait.

Séance du 27 mai.

M. BLANDIN dépose sur le bureau de l'Académie, de la part de leurs auteurs :

1° Un mémoire sur les hémorrhagies utérines et sur les moyens de les prévenir, par M. SÈNE ;

2° Une note de M. CORBIN, chirurgien à l'hôtel-Dieu d'Orléans, sur un nouveau moyen d'extraction des corps étrangers des voies aériennes.

M. VELPEAU présente, de la part de M. Desjardins, un mémoire sur plusieurs cas d'hydropisie sans lésion organique.

Préparations anatomiques artificielles. — M. Bérard, pour satisfaire au vœu exprimé par plusieurs membres de l'Académie dans la dernière séance, fait mettre sous les yeux de l'assemblée un certain nombre de préparations anatomiques artificielles de MM. Carteaux et Chaillou. Les conclusions du rapport sont, en conséquence, mises aux voix et adoptées. Sur la demande de M. Gérardin, les auteurs seront invités à laisser une de ces préparations à l'Académie, comme pièce à l'appui du rapport.

Sur le bec-de-lièvre congénial. — M. Paul DUBOIS a la parole pour une communication verbale sur une question litigieuse, celle de savoir à quel âge il convient de pratiquer l'opération que réclame le bec-de-lièvre congénial. Il commence par relater brièvement sept cas, dont six lui sont propres, dans lesquels l'opération pratiquée dans les jours qui suivent la naissance, même dès le troisième, a été suivie d'un plein et prompt succès, sans le moindre accident, sans la moindre apparence de danger, et ces cas étant les seuls dans lesquels M. Paul Dubois se soit risqué à agir, il n'y a point à établir de balance comparative entre les succès et les insuccès. Enfin chez deux de ces enfants la division des lèvres était compliquée de celle des parties dures, même aussi sur l'un d'eux de celle du voile du palais, et cependant la guérison a été complète. M. Dubois pense que ces faits l'autorisent à conclure qu'il est possible d'opérer le bec-de-lièvre chez de très jeunes enfants, avec succès et sans compromettre leur santé, à plus forte raison leur existence.

Le procédé opératoire que M. P. Dubois a employé est celui que tous les chirurgiens préfèrent aujourd'hui. Il a rendu saignants les bords de la division labiale et les a réunis par la suture entortillée. Il s'est servi d'épingles très fines dites épingles à insectes, et de fils cirés ordinaires. Il n'a pas eu recours au procédé conseillé par M. Clémot de Rochefort, dont le but, on le sait, est surtout de reconstituer le lobule médian de la lèvre supérieure. Il a craint que ce procédé ne compliquât une opération dont le succès dépend en grande partie de l'absence de toute perte de sang un peu abondante, ainsi que de la simplicité et de la rapidité de l'exécution. Dans aucun cas il n'a ajouté un bandage unissant à la suture.

La douleur produite par l'opération a été exprimée par des cris énergiques, mais non pas plus violents qu'ils ne le sont bien souvent chez les petits enfants pour une souffrance beaucoup moindre, ou même pour une simple importunité. D'un autre côté, la sensation de la douleur s'éteint rapidement chez ces petits enfants ; chez tous, en effet, le sommeil a suivi de très près l'opération ; deux même d'entre eux se sont endormis aussitôt après l'application de la dernière épingle et le tour de fil qui y appartenait ; le reste du pansement s'est fait pendant ce sommeil.

L'hémorrhagie a été très légère chez tous les petits opérés, excepté chez un, toutefois, sur lequel elle a produit un peu de décoloration sans affaiblissement notable. Deux ont avalé du sang ; chez l'un il a été vomi une demi-heure après l'opération ; chez l'autre, il a passé dans le canal digestif et a été rejeté par les selles le lendemain, sans efforts ni coliques.

Chez tous ces enfants, M. P. Dubois a déplacé les premiers fils vingt et le plus souvent vingt-quatre heures après l'opération, et leur en a substitué d'autres moins serrés que les premiers. Il a renouvelé ce pansement chaque jour jusqu'au retrait des épingles, en diminuant de plus en plus la constriction. Les épingles supérieures ont été en général retirées après la soixante-douzième heure, et l'inférieure de la quatre-vingtième à la quatre-vingt-seizième heure.

Chez tous les enfants, la réunion des bords de la plaie a été prompte et solide ; chez aucun

d'eux les tissus n'ont été coupés par les aiguilles ou les ligatures. A cette occasion, M. P. Dubois fait observer que si les tissus des très jeunes enfants sont très mous, cette circonstance est loin d'être défavorable à l'adhésion : car ils doivent cette mollesse à une extrême vascularité, qui est elle-même une des conditions les plus favorables à une prompte réunion. La sécabilité, qui ne pourrait guère résulter que de l'ulcération produite par les fils, est prévenue par la rapidité de l'adhésion qui permet de changer les fils vingt-quatre heures après l'opération et de leur en substituer d'autres moins serrés.

Chez aucun des jeunes opérés l'alimentation n'a été suspendue après l'opération ; tous ont été nourris par des procédés qui exigeaient des efforts de succion, soit par l'allaitement naturel, soit par l'artificiel.

Un seul de ces jeunes enfants a poussé des cris violents et prolongés pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération, et l'opérateur a même conçu quelques craintes à cet égard ; malgré cela, la cicatrice est chez lui si peu apparente qu'il faut quelque attention pour la découvrir, bien que le retrait des épingles date de quinze jours seulement.

M. P. Dubois discute une dernière objection faite par Dupuytren dans ses leçons orales : c'est qu'en opérant des enfants si jeunes, on augmente les chances de mortalité, déjà si nombreuses à cet âge. Mais cet argument n'est que spécieux. L'opération n'a par elle-même aucune gravité ; seulement il est vrai de dire que le bec-de-lièvre congénial est un vice de conformation, de développement, qui peut faire supposer d'autres imperfections cachées ; il conviendrait donc d'ajourner l'opération chez les enfants faibles et délicats, chez ceux qui sont nés avant terme et lorsque l'érysipèle est épidémique.

M. Roux dit qu'il a été longtemps opposé à l'opération pratiquée immédiatement après la naissance ; mais, depuis, ses opinions se sont modifiées. En résumé, toutefois, il ne voit pas qu'il y ait très grand avantage à opérer de suite, et, d'autre part, il n'y a pas d'inconvénient à ajourner l'opération, lorsque la difformité n'apporte aucun obstacle à l'alimentation.

M. P. Dubois, en répondant à une objection qui lui est faite relativement au danger des hémorrhagies, fait observer qu'il est un moyen sûr de prévenir l'hémorrhagie après l'opération du bec-de-lièvre, c'est de mettre régulièrement en contact dans toute leur étendue les surfaces saignantes, et de ne faire d'autre plaie, chez les jeunes enfants surtout, que celle qui résulte de l'avivement des bords de la division labiale. Dans ce but, M. P. Dubois ne détache jamais des gencives la portion des lèvres qui est la plus voisine de l'angle supérieur de la plaie. Cela n'est pas nécessaire chez les enfants ; la souplesse naturelle de leurs tissus y supplée. La surface saignante qui serait résultée de ce détachement, imparfaitement appliquée peut-être sur le bord alvéolaire, pourrait devenir, dans quelques cas, la source d'une hémorrhagie qui serait d'autant plus grave qu'elle serait latente.

Séance du 3 juin.

Inoculation de la syphilis comme moyen de diagostic. — M. Lagneau lit, en son nom et au nom de MM. Londe et Martin-Solon, un rapport sur un mémoire de M. Castelnau. M. le rapporteur, partageant à cet égard l'opinion de l'auteur, s'élève avec force contre l'inoculation ; il la considère comme un moyen de diagnostic inutile et sans valeur, et comme dangereuse dans son application. Il conclut en proposant d'adresser des remercîments à l'auteur et d'insérer son travail dans le BULLETIN.

Une discussion s'élève sur ce rapport, suscitée par un des commissaires lui-même, M. Londe, qui, après avoir signé de confiance le rapport, sans l'avoir lu, croit devoir maintenant demander quelques explications à M. le rapporteur sur plusieurs points. On lui fait observer qu'il choisit assez mal son temps. D'un autre côté, on apprend que M. Martin-Solon, l'autre commissaire, pour cause de maladie, n'a pu prendre part au travail de la commission, qui de fait s'est composée du seul rapporteur.

On propose le renvoi du rapport à la commission. Il est mis aux voix et adopté.

Pellagre. — M. Jolly lit, au nom d'une commission composée de MM. Alard, Emery, Gerdy, et en son nom, un rapport intitulé : *Rapport général sur la pellagre*, en réponse à une lettre officielle du ministre de l'instruction publique sur l'importance et l'opportunité de la publication des documents qui lui ont été transmis sur cette maladie par le Conseil central de salubrité de la Gironde.

La pellagre, signalée pour la première fois dans les Landes, en 1829, par M. Hameau, a été observée depuis et décrite par MM. Lalesque, Ardusset, Beyris, Arthaud, etc. ; mais c'est surtout à M. Léon Marchand, médecin des épidémies et secrétaire du Conseil de salubrité de la Gironde, qu'est due la description la plus complète de cette maladie. Voici les caractères les plus saillants de la pellagre, d'après le travail communiqué par ce médecin en juillet dernier.

Le caractère extérieur le plus saillant de la pellagre est un érythème squameux qui occupe les parties les plus découvertes du corps, principalement la face dorsale des mains, qui revient périodiquement chaque année au retour du printemps, avec un cortége de symptômes dont l'intensité est toujours en raison de l'ancienneté de la maladie. Cette éruption, qui peut affecter successivement les formes papuleuse, vésiculeuse et pustuleuse, s'efface et disparaît en automne, en laissant sur la peau des cicatrices luisantes offrant l'aspect de celles d'une brûlure. Tous les phénomènes généraux qui accompagnent ordinairement l'affection se modèrent avec elle pour se reproduire avec elle au retour de chaque prin-

temps, s'aggraver à mesure qu'ils se rapprochent, et enfin se perpétuer sous l'influence persistante des mêmes causes jusqu'à ce que la maladie ait atteint le degré de gravité qui la rende nécessairement mortelle. Les phénomènes généraux les plus constants de la pellagre, que M. L. Marchand croit pouvoir caractériser sous le titre de *gastro-entéro-rachialgie*, procèdent de deux sources principales, savoir : 1° de l'appareil digestif; ce sont la rougeur et les gerçures de la langue et des lèvres, l'état scorbutique et sanguinolent des gencives, le ptyalisme, la dyspepsie, les vomissements et la diarrhée ; 2° de l'appareil nerveux cérébro-spinal : ce sont les douleurs et la faiblesse des membres, la titubation, les vertiges, l'oblitération des sens et de l'intelligence, la manie délirante ou la démence, affectant le plus ordinairement la forme de monomanie suicide avec tendance à la submersion. Dans les cas les plus ordinaires, il y a amaigrissement progressif, dépérissement lent et graduel, souvent hydropisie, et, comme terme constant, la mort.

Les résultats de l'anatomie pathologique, de l'aveu de M. Marchand, n'ont pu, jusqu'à ce jour, répandre aucune lumière sur la nature intime de la pellagre. C'est dans l'étiologie même, dans l'étude des circonstances topographiques ou des influences locales qu'il faut chercher, suivant lui, des lumières et des enseignements sur la véritable nature de la pellagre.

Il est constant, ajoute M. le rapporteur, que l'endémie pellagreuse exerce plus particulièrement ses ravages dans les contrées qui bordent le golfe de Gascogne, c'est-à-dire sur le sol le plus ingrat, le plus stérile du pays, au milieu des influences les plus dépressives, les plus débilitantes, là où tout souffre et languit, là où tout meurt avant le temps, hommes, animaux et plantes. Les émanations infectes que répandent les marais et les lagunes, l'insalubrité des habitations, la mauvaise alimentation, l'insuffisance ou la malpropreté des vêtements, en un mot toutes les conditions de la plus grande misère, sont autant de circonstances qui, suivant M. Jolly, peuvent contribuer au développement de cette maladie, que la plupart des auteurs ont caractérisée, à cause de cela, du nom de *mal de misère*. Mais ces circonstances ne sauraient être les seules, sans quoi on verrait la pellagre se manifester partout où règne la misère. Il existe probablement, ajoute M. Jolly, un principe étiologique inhérent aux localités, inhérent à la vie matérielle du pays, inconnu jusqu'à ce jour et qu'il convient de poursuivre dans la décomposition et l'étude particulière des mille éléments constitutifs de la misère, dans la nature et les productions du sol, dans l'altération de l'air, dans les qualités accidentelles des aliments et des boissons.

Quant à l'influence de l'insolation dans l'étiologie de la pellagre, M. Jolly ne pense pas qu'elle ait toute l'importance que plusieurs auteurs lui ont attribuée. Il suffit, dit-il, de rappeler que la maladie ne date guère que de la première moitié du siècle dernier, et qu'elle n'existe pas d'ailleurs dans les zones où règnent au plus haut degré les ardeurs du soleil, pour faire sentir qu'elle n'a sur sa production qu'une influence secondaire. Mais il est certain aussi qu'elle joue un rôle très prononcé dans la symptomatologie de la pellagre. La seule coïncidence du retour constant de la maladie vers le printemps ne laisse aucun doute à cet égard. Mais quel rôle lui attribuer sous ce rapport? ainsi que M. Gibert l'a dit à l'Académie : c'est l'effet d'une brûlure, d'une véritable ustion. Et pourquoi cette brûlure? c'est que la peau du pellagreux a subi avec tout l'organisme une telle altération dans sa texture intime, qu'elle subit cet effet avec la même facilité peut-être que des organes congelés subissent tous les effets de la seule approche du feu sur les parties déjà malades. C'est pour ainsi dire le sort de l'arbre privé de sève dont l'écorce se dessèche par la seule influence du soleil ou de l'air extérieur.

Quoi qu'il en soit, une fois le mal déclaré, il paraît être au-dessus des ressources de l'art. Soustraire la peau à l'action directe du soleil, combattre par le régime et les moyens généraux de traitement les accidents divers qui tiennent à la faiblesse générale ou à la lésion des principaux viscères; dans quelques cas s'adresser à la saignée, aux bains, aux astringents, aux narcotiques, suivant la prédominance des accidents et la nature des indications, tout se réduit là contre une maladie qui tôt ou tard a été suivie jusqu'à ce jour d'une terminaison funeste. C'est donc, comme l'ont si justement fait sentir tous les auteurs, dans une prophylaxie bien entendue qu'il faut chercher tous les moyens de conjurer le mal, c'est-à-dire dans le concours de toutes les mesures administratives et de toutes les règles hygiéniques capables d'améliorer le sort et les conditions sanitaires des populations misérables qui y sont particulièrement exposées.

M. le rapporteur termine par les conclusions suivantes :

Les documents transmis au gouvernement par le Conseil central de salubrité de la Gironde, sur lesquels l'Académie est appelée à donner son avis, établissent d'une manière positive qu'il existe dans les Landes une maladie endémique qui présente tous les caractères de la pellagre de Lombardie.

Ces documents et les deux pièces iconographiques qui y sont jointes sont d'une très grande valeur pour la science et d'une haute importance pour l'administration, en ce qu'ils révèlent l'existence, donnent la description exacte et représentent le tableau fidèle d'une maladie qui est restée généralement inconnue en France jusqu'à ce jour. Si l'on y ajoute les faits qui ont signalé la pellagre dans les environs de Paris et dans quelques autres contrées du midi de la France, ils acquièrent le plus haut degré d'intérêt en ce qu'ils témoignent de l'imminence des progrès de cette maladie dans d'autres localités que celles où les méde-

cins de la Gironde en ont les premiers constaté la présence.

Par conséquent, l'Académie pense qu'il y a utilité et opportunité de donner à ces documents une prompte et complète publicité.

Quant aux observations qui nous ont été communiquées sur le même sujet par MM. Gibert et Devergie, médecins de l'hôpital Saint-Louis, si la commission n'a pu les comprendre dans les conclusions qu'elle vient d'avoir l'honneur de vous soumettre, elles n'en sont pas moins dignes de l'intérêt de l'Académie, dignes de toute l'attention des praticiens, et nous avons l'honneur de vous proposer :

1° De les renvoyer au comité de publication ;

2° D'adresser à leurs auteurs un juste témoignage de remercîments pour cette importante communication ;

3° De les engager à vouloir bien faire part à l'Académie des faits de pellagre qui pourraient se présenter ultérieurement dans leur service respectif.

M. Prus. Je n'ai pas vu dans les conclusions qu'on ait indiqué à l'administration les mesures qu'il conviendrait de prendre pour s'opposer à la propagation de la pellagre.

M. Jolly. Cela n'entrait pas dans la mission dont la commission a été chargée. M. le ministre a demandé à l'Académie si, en raison de l'importance des documents qui lui avaient été transmis sur cette maladie, il pensait qu'il y eût lieu de leur donner de la publicité. Ce n'est qu'à cette demande seulement que nous avions à répondre.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Séance du 10 juin.

Pellagre. — M. Théophile Roussel fait hommage à l'Académie d'une thèse sur la pellagre qu'il a soutenue le 17 mai dernier devant la Faculté de médecine de Paris. Il y joint un exemplaire d'une observation de pellagre qu'il a publiée en 1842, et il annonce qu'il aura prochainement l'honneur de lui offrir un ouvrage complet sur cette maladie.

M. Brière de Boismont adresse une lettre sur le même sujet, avec envoi de dessins représentant les diverses périodes de l'éruption caractéristique de la pellagre, ainsi que d'une portion de peau de pellagreux.

Cowpox. — M. Huzard, absent, écrit de Senanches pour annoncer à l'Académie qu'il vient de découvrir le cowpox sur des vaches de cette localité. Une fille de ferme, non vaccinée, qui trayait ces vaches, a été atteinte d'une éruption ayant tous les caractères de la vaccine.

Quelques échantillons de ce vaccin ont été envoyés à l'Académie.

— MM. Kergaradec et Balestrier communiquent à l'Académie l'observation d'un malade qui a rendu, par les urines, un grand nombre d'animaux vivants. (Commission : MM. Duméril, Ségalas et Delens.)

— M. Blandin présente une femme à laquelle il a pratiqué la résection partielle de la mâchoire inférieure.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mai 1845.

Effets physiologiques de l'ascension sur les lieux élevés, note communiquée par M. Castel. — L'auteur contredit ici les opinions récemment émises par M. Lepileur devant l'Académie des sciences (1). Suivant M. Castel, les phénomènes physiologiques observés par des voyageurs dans leur ascension au sommet de hautes montagnes sont le produit de la diminution de la pression atmosphérique ; non que cette pression soit, comme on l'a avancé, l'agent immédiat de la circulation dans les vaisseaux capillaires et dans les veines ; mais elle exerce une influence directe et incessante sur la contractilité, de laquelle le mouvement des liqueurs animales n'est jamais indépendant. Les modifications de l'une doivent donc amener les anomalies de l'autre. La contractilité est d'autant plus en échec que la pression de l'atmosphère a subi une diminution plus considérable. Il n'est aucun des phénomènes observés en cette circonstance qui ne doive être attribué à l'embarras, au trouble de la circulation. Ce trouble, cet embarras augmentent progressivement comme la raréfaction de l'air. C'est ainsi qu'à une hauteur comprise entre 3000 et 3500 mètres on a éprouvé de la fatigue, des vertiges, des nausées, trois signes caractéristiques d'un commencement d'atonie. Entre 3400 et 4000 mètres, il est survenu des étouffements, de la somnolence, de l'accablement, des coliques, des défaillances, des syncopes. Qui ne reconnaîtra, dans ces symptômes, la dilatation des extrémités vasculaires par la stase du sang? Entre 4000 et 4500 mètres, douleurs dans les membres, anhélation, épuisement, lassitude extrême : pourquoi ? c'est que la distension des vaisseaux n'a presque plus de frein. L'anhélation en est la conséquence la plus notable, parce que les organes circulatoires sont les plus vasculaires de tous. L'impuissance du système musculaire atteste la diminution toujours croissante de la contractilité. Cette impuissance des muscles n'est-elle pas aussi dans les diverses fièvres un des symptômes les plus redoutables? Alors aussi elle est le résultat d'une grande diminution de la contractilité. Enfin, à la hauteur de 5000 mètres, la dilatation des vaisseaux et la lenteur de la circulation s'étendent jusqu'aux gros troncs veineux et jusqu'au cœur même. Cette dernière période est caractérisée par le développement des phénomènes déjà signalés, par des palpitations, par l'accélération du pouls qui, en général, devient d'autant plus fréquent qu'il est plus faible, comme il arrive aux approches de la mort. La plénitude des vaisseaux et l'absence de tout frein amènent souvent la rupture non-seulement des extrémités artérielles ou veineuses, mais encore celle de gros vaisseaux. C'est ainsi que M. Plantade, ingénieur géographe, périt d'hémorrhagie au

(1) Voy. la séance du 21 avril dernier.

sommet des Pyrénées. On sait que les régions élevées ne conviennent point aux poitrines faibles. Les mêmes causes peuvent provoquer l'apoplexie.

La distinction proposée par M. Lepileur entre les phénomènes qui sont dus à la raréfaction de l'air et ceux qu'il attribue au mouvement musculaire paraît sans fondement à M. Castel. S'ils laissent voir, ajoute-t-il, moins de violence dans le cavalier que dans le piéton, c'est que dans l'un l'action de la plus grande partie des forces ne s'exerce point, tandis que dans l'autre elle est assujétie à de continuels efforts.

Application du diapason à la thérapeutique. — M. Amédée LATOUR écrit à l'Académie qu'il a déjà observé depuis trois ans que dans tous les cas où la percussion ne peut être pratiquée, tels que ceux qui résultent de la présence de cautères ou de vesicatoires, d'une éruption pustuleuse déterminée par l'emploi d'une pommade émétisée, etc., le diapason remplace parfaitement ce précieux moyen de diagnostic. Les vibrations de cet instrument sont plus ou moins intenses et sonores selon que les poumons sont plus ou moins perméables à l'air. Les épanchements dans la poitrine se reconnaissent et se limitent très bien par l'application d'un diapason. Quelques essais, qui ne sont pas encore suffisants pour qu'il puisse formuler un résultat positif, le portent à espérer que l'application du diapason pourra être d'un grand secours pour le diagnostic des fractures du crâne.

M. BONNAFONT écrit aussi à l'Académie qu'il s'est également servi avec un grand avantage de l'application du diapason pour apprécier le degré de sensibilité dans le traitement des affections de l'organe de l'ouïe.

— M. LEROY (D'ÉTIOLLES) dépose sur le bureau de l'Académie un fragment de sonde, long de 7 centimètres, qu'il a extrait par l'urèthre sans incision de la vessie, chez un vieillard qui l'avait ainsi conservé trois mois.

— M. HOMBRON envoie un mémoire intitulé : Réflexions et observations sur les fièvres épidémiques, réputées tour-à-tour contagieuses et non contagieuses.

La séance du 26 mai a été consacrée à des travaux étrangers aux sciences médicales.

Séance du 2 juin.

M. GARCIN DE TASSY, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, transmet un numéro de la *Gazette officielle de Bogota* (Amérique du sud) où se trouve une circulaire du ministre de l'intérieur de la Nouvelle-Grenade aux gouverneurs de provinces, concernant l'*efficacité des pilules de baume de copahu pour la guérison du goître.*

M. Velpeau est invité à prendre connaissance de cette pièce.

Séance du 9 juin.

M. BLANDIN, professeur à la Faculté de médecine et chirurgien de l'Hôtel-Dieu, se porte candidat pour la place devenue vacante par suite du décès de M. Breschet; section de médecine et de chirurgie.

NOUVELLES MÉDICALES.

Sur une interpellation de M. Bouillaud, à la Chambre des députés, M. le ministre de l'instruction publique s'est engagé à présenter, au commencement de la session prochaine, un projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine.

Hôpitaux.—M. Jobert de Lamballe, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, qui avait été appelé à succéder à M. Breschet dans le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, a refusé cette mutation. Son refus est motivé sur ce que le service de M. Breschet a été diminué pour renforcer celui de M. Roux et sur ce qu'il aurait été interdit à M. Jobert de faire des leçons cliniques. M. le baron Philippe Boyer a été nommé en place de M. Jobert.

Prix. — La Société médico-pratique de Paris propose pour sujet de prix à décerner en 1847 la question suivante :

« De l'hydropisie chez les femmes enceintes. — Déterminer, par les faits, la valeur de ce phénomène morbide, relativement à la mère et à l'enfant, sous le double rapport du diagnostic et du pronostic. Exposer le traitement. La Société a en vue surtout, mais non exclusivement, l'hydropisie causée par la maladie dite de Bright. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 300 francs. Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être remis, avant le 31 décembre 1846, avec les formes académiques, à M. le docteur Richelot, secrétaire général.

Nécrologie.—M. le docteur BULLOZ, directeur de l'École préparatoire de médecine de Besançon, vient de mourir dans sa 50e année, après quelques jours de maladie.

— Le docteur HASLAM vient de mourir à Londres, à l'âge de 81 ans. Il exerçait depuis 1795 les fonctions de médecin de l'hospice d'aliénés de Bethleem. Peu d'hommes ont vu et traité plus d'aliénés que lui. Aussi son nom fait-il autorité en Angleterre.

— Le célèbre docteur BRANDIS est mort à Copenhague dans les derniers jours d'avril, à l'âge de 83 ans.

— L'Université et la ville de Wurtzbourg viennent de perdre le docteur D'OUTREPONT, l'un des professeurs d'obstétrique les plus célèbres de l'Allemagne et dont le nom est loin d'être inconnu dans la littérature médicale de notre pays.

— Nous devons aussi un souvenir au docteur Charles WEIGEL qui vient de mourir à Dresde, dans sa 75e année. Il contribua, en 1794, à la délivrance de M. de la Fayette, que les Autrichiens tenaient prisonnier à Olmutz. M. Weigel était célèbre à la fois comme médecin et comme philologue; ce fut lui qui introduisit la vaccine en Allemagne, et il vaccina lui-même plus de six mille personnes. Il était conseiller aulique et premier médecin du roi de Saxe.

Bulletin bibliographique.

I. *Traité des maladies des articulations*, accompagné d'un atlas de 16 planches; par A. Bonnet, professeur de clinique à l'École de médecine de Lyon, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de la même ville, etc. 2 forts volumes in-8° et atlas in-4°; chez J.-B. Baillière et Germer-Baillière. — Dans notre siècle de monographies, les affections articulaires étaient peut-être le seules qui n'eussent pas de traité spécial. Les deux raisons principales qui, d'après M. Bonnet, ont empêché jusqu'à ce jour la publication d'un ouvrage spécial sur ces maladies sont, d'une part, l'insuffisance des recherches dont elles ont été le sujet et le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques dirigés contre elles; de l'autre, les rapports intimes qui les lient aux affections générales de l'organisme. Cependant si les questions relatives à ces maladies n'ont pas fait comme d'autres des pas de géant, sauf à décompter ensuite, elles n'ont pas été dans leur allure modeste sans profiter quelque peu. M. Lugol leur a fait faire un grand pas en s'élevant contre l'opinion généralement répandue d'assujétir au repos des tumeurs blanches scrofuleuses. Mais le médecin de l'hôpital Saint-Louis donnait en cela plutôt un précepte de pathologie générale relatif au traitement des scrofules qu'un conseil de pathologie spéciale. Nul n'a plus étudié les maladies des articulations dans ces derniers temps que M. Bonnet de Lyon; aussi, plus que personne, s'est-il trouvé apte, en profitant des travaux des auteurs anciens et des contemporains et en y joignant ceux qui lui sont propres, à composer un traité complet des maladies articulaires en harmonie avec ceux qui ont été publiés sur les lésions les mieux étudiées d'un organe ou d'un appareil organique.

II. *Précis de chirurgie élémentaire*, leçons professées à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce en 1843 et 1844; par L.-M.-A. Moreau (Boutard), chirurgien aide-major, lauréat (premier prix) du Val-de-Grâce. 1 vol. in-16 d'une centaine de pages; chez Fortin, Masson et Cie, 1845. — Sous le nom de chirurgie élémentaire, l'auteur comprend, non-seulement ce qu'on a l'habitude de désigner sous le nom de petite chirurgie, mais encore les pansements, les bandages et certains appareils qui n'entraînent pas dans leur application la connaissance des principes de la haute chirurgie. C'est, selon lui, ce qui n'a encore été bien observé dans aucun des traités publiés sur cette matière. Son but est d'offrir aux élèves les matériaux d'une science des plus complexes, coordonnés et réduits à une extrême simplicité. Pour procéder du simple au composé, il divise la chirurgie élémentaire en deux parties, la première consacrée aux pansements et aux bandages, la seconde à la petite chirurgie. Le volume qu'il publie aujourd'hui ne traite que de la première partie. 95 figures, intercalées dans le texte, aident à l'intelligence des descriptions.

III. *Essai sur l'action thérapeutique des eaux ferrugineuses de Passy*; par M. Chenu, docteur en médecine, chirurgien aide-major de la gendarmerie du département de la Seine. Troisième édition; un petit vol. in-12 de 64 pages; à Paris, chez A. Frank, libraire, rue de Richelieu, 69; 1845. — Ce livre parait régulièrement depuis trois ans avec le retour de la belle saison; c'est une sorte de mémento que l'auteur envoie aux habitants de Paris pour leur rappeler que s'ils trouvent dans l'intérieur de la grande ville mille sources de détérioration pour leur santé, la nature a placé pour eux le remède à côté du mal, le remède le plus approprié au mal le plus fréquent, les eaux de Passy qui conviennent à la plupart des maladies asthéniques. Nous avons déjà parlé de cet ouvrage dans notre numéro de juillet 1844, page 25.

IV. *Clinique médico-chirurgicale du professeur Lallemand*, publiée par Hermann Kaula, son élève particulier. Tome premier, première partie; 342 pages in-8°; chez Labé. — Dès 1844, deux élèves porticuliers du professeur Lallemand, MM. Verdier et Marchal, avaient entrepris la publication des leçons cliniques de leur maître; mais il ne parût que deux livraisons de ce travail. M. Kaula a entrepris de poursuivre l'œuvre qu'ils avaient commencée. Il a pu, pendant les années 1843 et 1844, recueillir un grand nombre d'observations dans un service riche en malades. Les leçons orales dont elles fournissaient le texte en ont encore rehaussé l'intérêt. L'auteur admis, en outre, comme élève particulier de M. Lallemand, à l'accompagner dans ses visites, à suivre ses consultations dans son cabinet, s'est par-là trouvé à même d'examiner de très près les cas qui se présentaient dans une clientèle nombreuse et variée. M. Kaula s'est surtout attaché à rassembler les cas insolites, remarquables par des succès difficiles ou par des accidents inattendus, afin de faire connaître de nouveaux point de vue pratiques ou de mettre en garde les praticiens contre des circonstances insidieuses. La première partie, que l'auteur publie aujourd'hui, traite des affections vénériennes, des rétrécissements de l'urèthre et des affections de la prostate.

Éducation des enfants arriérés; 1 vol.; par Éd. Séguin, chargé le premier par le ministère de l'intérieur d'appliquer sa méthode aux idiots des hospices civils de Paris. Rapport de l'Académie des sciences. 6, rue Saint-Lazare. Leçons, pension.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 2. — AOUT 1845.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

I. Fractures diaphysaires du fémur.

HÔPITAL DES CLINIQUES.

Service de M. Nélaton.

Dans ce service, si riche en cas chirurgicaux d'un haut intérêt, pendant les mois de mars et d'avril nous avons observé une fracture diaphysaire du fémur qui offrait une particularité sur laquelle nous voulons arrêter l'attention de vos lecteurs, parce qu'elle est rare et que les auteurs n'en disent rien ou pas grand chose, si tant est qu'ils en aient parlé. Elle tenait, ainsi que nous allons le constater, de la fracture en rave, de la fracture longitudinale, de la fracture comminutive; elle était formée de trois fragments : l'un, détaché selon l'épaisseur de l'organe, était une longue esquille de 8 à 10 centimètres environ, très mobile, placée latéralement à la façon d'une attelle et dont le milieu répondait à la rupture transversale, qui délimitait les deux autres.

Il s'agit du nommé Lemaître (Jean), garçon de cuisine, âgé de quarante-deux ans, robuste, d'une excellente constitution, entré le 12 février 1845 et couché au n° 33. En ruant, un cheval l'a frappé à la hanche gauche d'un de ses pieds de derrière, et le coup a été assez violent pour le lancer sur le pavé à trois ou quatre mètres de distance. — Dans cette projection, c'est le flanc droit qui a supporté le choc sur le sol. Il lui a été impossible de se relever, et les personnes témoins de l'évènement l'ont porté immédiatement à l'hôpital des Cliniques. Dès sa réception, malgré le gonflement, on ne pouvait pas ne pas reconnaître une fracture de la cuisse gauche, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. Il fut couché avec ménagement et mis dans un appareil provisoire.—Le lendemain matin, à sa visite, M. Nélaton constata une fracture transversale, plus un fragment longitudinal, ovalaire, allongé de 8 à 10 centimètres, dont le milieu répondait assez bien à la division principale; son épaisseur semblait avoir le tiers du diamètre du fémur; cette longue esquille, qui se mobilisait avec les parties molles, se déplaçait plus de droite à gauche que d'avant en arrière; dans ce dernier sens, elle nous semblait retenue par le périoste qui n'avait point cédé à l'effort; les téguments n'étaient nullement ecchymosés; il n'y avait aucun épanchement apparent; la tuméfaction était déjà moindre que la veille.

Le blessé était fort, d'une brillante santé; une large saignée lui fut pratiquée, et le cinquième jour, au cataplasme, à l'appareil provisoire, on substitua l'appareil définitif, consistant en un bandage de Scultet, étendu du pied à l'aine, et dans l'attelle de Boyer, que le malade a tolérée un peu plus de deux mois avec la plus remarquable patience.

La guérison a marché régulièrement, sans le moindre accident; elle a été obtenue sans difformité et sans raccourcissement à bien dire; car les mesures prises avec la plus stricte exactitude donnent à peine 1 centimètre et demi de différence; un cal régulier unit les trois parties indiquées. — Pour arriver à un aussi bon résultat, qui ne laissera rien à désirer lorsque, par l'exercice, les articulations auront repris leur souplesse, il a fallu, nous l'avouons hautement, les soins journaliers les mieux entendus. Car il ne suffit pas de mettre un bandage à un fracturé et de le condamner au repos, il faut le visiter souvent et le modifier selon l'occurrence.

Cette observation me rappelle un fait aussi curieux, recueilli il y a cinq ans à Brest, dans la salle des blessés du bagne. Nous le relaterons avec quelques détails, parce que des cas semblables sont rares dans la science. — Un condamné de cinquante ans, robuste, d'une constitution sèche, était dans l'arsenal occupé avec vingt de ses compagnons à tirer de l'eau les pièces de bois de construction qu'on y conserve; la grue qui servait à ce travail, imprudemment conduite un moment, porte brusquement l'énorme poutre sur notre homme; il est renversé, tombe dans une excavation du sol, a la jambe droite violemment heurtée et comprimée par ce corps contondant. Les souffrances du moment sont atroces; on le met sur un cadre et on le porte aussitôt à l'hôpital, sous la direction éclairée du docteur Payen, alors second chirurgien en chef de la marine. Ainsi que chez Lemaître, il n'y a aucune extravasation sanguine, aucun épanchement appréciable; la peau, comme on le remarque quelquefois dans les contusions les plus fortes avec attrition du tissu osseux, la peau a sa couleur naturelle, mais elle est déprimée à

trois travers de doigt au-dessous de la rotule; le membre est manifestement mal conformé, cela seul donne l'idée d'une fracture; à la moindre secousse, la mobilité anormale de la jambe, la crépitation, etc., ne laisse aucun doute à cet égard. Mais, chose particulière! et c'est sur ce point que nous voulons attacher le regard, un examen attentif démontre une fracture transversale avec un fragment longitudinal, empiétant sur les deux fragments principaux et constitué par la crête tibiale. Il avait 6 centimètres au moins de longueur, environ 1 centimètre et demi d'épaisseur dans son milieu; le péroné était intact. On fit une saignée générale, on maintint le sujet une semaine à un régime sévère, et pendant ce laps de temps on se contenta d'un appareil provisoire dans la composition duquel entrait un cataplasme de farine de graine de lin. Au bout de ce terme, le chef de service mit l'appareil définitif, celui de Boyer, consistant en compresses simples, bandage de Scultet, attelles, draps fanons, fanons et liens. — La neuvième semaine, la consolidation était parfaite.

Ces sortes de blessures sont graves; il est impossible de formuler dès le principe un pronostic rassurant. Et, en effet, par quoi l'os est-il nourri? par le périoste. — Et bien! si le fragment longitudinal, l'esquille de 8 à 10 centimètres cessait de tenir au reste de l'os par son enveloppe fibro-vasculaire ne serait-il pas bientôt comme un corps étranger au milieu de nos tissus? c'est à craindre. Chez les deux blessés dont nous venons de rapporter l'histoire, la marche de l'affection a été régulière et prompte, parce que, comme le diagnostic nous l'a révélé, le périoste n'a été que tiraillé, distendu; il a conservé son intégrité au moins le long d'un des deux bords du troisième fragment, ou fragment longitudinal; la vitalité du système osseux n'est pas assez active, sa force de régénération n'est pas assez puissante pour supposer une réunion primitive, une cicatrisation assez prompte pour entretenir la vie dans une esquille aussi considérable qui n'aurait par son périoste aucun rapport avec le périoste général de la partie.

Une fracture de ce genre pourrait donc, selon nous, devenir *secondairement* un cas d'amputation. Elle réclame le traitement le plus judicieux, les soins les plus attentifs.

HÔPITAL DES INVALIDES.

Service de M. Pasquier.

II. Castration à l'âge de deux ans chez un homme aujourd'hui fort âgé.

Le service chirurgical de cet hôpital, plein de cas originaux, renfermait dans ces derniers temps un sujet dont l'histoire abrégée offre de l'intérêt sous plusieurs rapports. Je veux parler d'un vieillard de soixante-onze ans, du nommé Monelet, qui à l'âge de deux ans a été castré à *Sens* par un de ces vils charlatans qui employaient cette méthode barbare pour obtenir la cure radicale des hernies. Ce malheureux mutilé est d'une petite taille, ses membres sont grêles, ses os faibles, sa voix aiguë, son menton sans barbe; il n'a point détesté les femmes, mais près d'elles il n'a eu que des désirs très fugitifs, ses jouissances dans le coït ont toujours été presque nulles; sa verge, comme tous les organes qui ne fonctionnent pas, est restée atrophiée; le prépuce dépasse le gland de plus d'un centimètre. Dans ce corps rabougri, qui a été évidemment arrêté dans son développement, il y a eu de l'énergie, du courage. Monelet, exempt du service militaire, a voulu aller à l'armée; il a fait une partie des guerres de l'Empire, et les blessures qu'il porte sont des certificats authentiques de son ardeur au combat, de sa bravoure.

Aujourd'hui, et c'est ce qui nous a frappé en passant près de son lit, il a tous les traits d'une vieille femme, sa pose, ses mouvements, son inquiétude, sa voix glapissante, son caquetage. Malgré son âge avancé, il a la mémoire fraîche: il raconte avec précision les évènements auxquels il a assisté; il a un fonds de bonté naturelle dont toutes ses paroles sont empreintes. Tout en lui pourtant respire la tristesse, a un cachet de vague mélancolie; un regret s'est attaché à chaque pas de sa vie, regret qui a son point de départ dans l'affreuse mutilation qu'on lui a fait subir au berceau.

A. G.

III. PROPOSITIONS CLINIQUES (1).

X.

Dans l'opération de la cataracte par abaissement, il n'est pas très rare de voir le cristallin glisser sous la lame de l'aiguille, s'engager à travers la pupille, passer dans la chambre antérieure, échapper aux tentatives conseillées par Dupuytren, pour retourner à sa place et se laisser déprimer enfin d'une manière convenable. Quand la capsule a subi quelques lacérations, et c'est le cas le plus ordinaire, l'humeur aqueuse pénètre la lentille, la dissout dans un temps plus ou moins court. Il arrive cependant que cette dissolution n'a pas lieu; des adhérences alors ne tardent pas à s'établir entre elle et la cornée transparente, entre elle et l'iris. Nous en avons récemment constaté de nouveaux exemples. Quelle conduite doit tenir le chirurgien? Il y a deux cas distincts: 1° le cristallin est récemment passé dans la chambre antérieure, il est petit, il flotte librement, détermine peu d'inflammation; 2° ce passage est de date ancienne, des adhérences sont incontestables. Dans le premier, il faut temporiser, parce que l'expérience démontre que dans la pluralité des circonstances il se fond et se laisse absorber, et que, du reste, une incision à la cornée ne manquerait pas de compromettre l'organe visuel en ouvrant une large porte à l'humeur vitrée que ne soutient plus ou que soutient mal la membrane hyaloïde éraillée, déchirée dans le second temps de l'opération; dans l'autre, l'extraction est délicate, la dissection qu'elle nécessite est

(1) Voy. le numéro de mai dernier.

longue et compromettante. J'ai observé de ces exemples dernièrement encore; le praticien, homme fort habile, avait à cœur de ne point laisser l'opération inachevée; il fut long, suspendit et reprit cinq à six fois le manuel, et, malgré sa prudence et son talent, des flots d'humeur sortaient à chaque tentative; il n'est point parvenu à ses fins, il s'est vu contraint de laisser le cristallin; l'œil s'est enflammé, a été perdu sans retour.

XI.

Les méthodes d'abaissement et d'extraction sont à la cataracte ce que sont à la pierre la cystotomie et la lithotritie : la lithotritie, pas plus que la cystotomie, n'a une application constante; l'abaissement convient dans les cas où l'extraction serait difficile ou dangereuse, et réciproquement.

XII.

Dans l'opération de la cataracte par extraction, le couteau qui divise la capsule déprime, abaisse quelquefois la lentille. On n'a jamais signalé ce fait, il est pourtant assez fréquent. Quand il arrive, il faut se conduire comme si les choses s'étaient passées régulièrement; tout autre conseil serait condamnable.

XIII.

Le gonflement qui accompagne les fractures simples n'a généralement rien d'inflammatoire; il est inutile pour le combattre de recourir aux saignées locales; le repos, une douce compression, de légers résolutifs suffisent (Velpeau).

XIV.

Dans une hernie récente, étranglée au moment de sa formation, l'étranglement ne peut avoir son siége qu'à l'un des anneaux; car, pour admettre celui du collet du sac, il faut nécessairement que les plis de la séreuse aient été maintenus assez longtemps et assez intimement pour développer une inflammation adhésive sans laquelle ce rétrécissement céderait sans effort et serait au moins incapable de produire une compression réactionnelle.

XV.

Le microscope rend de grands services, mais il ne faut pas lui demander l'impossible. En maintenant son emploi dans des bornes raisonnables, il sera toujours utile, on ne l'abandonnera pas; en l'étendant, au contraire, d'une manière trop générale à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic des maladies, etc., il augmentera souvent l'obscurité au lieu de la dissiper, il fera douter de sa puissance, et le doute, en matière scientifique, mène vite à l'oubli.

Le microscope est difficile à manier; sous l'œil inexercé, il crée des hallucinations; deux hommes également habiles ne voient pas les infiniment petits de la même manière : pour l'un les globules sont pleins, pour l'autre creux; pour celui-ci ils ont 0,0001 de millimètre, pour celui-là 0,0003; le premier les trouve sphériques, le second polyédriques, frangés, ombiliqués, etc., etc.; celui-ci est conduit à l'idée d'un cancer, celui-là à l'idée d'une tumeur fibreuse, et, privés de tout renseignement, l'un et l'autre vont même rapporter à des organes éloignés l'échantillon qui leur est confié.

XVI.

La rhinoplastie est mal comprise, de là vient son peu de crédit. Les trois méthodes autoplastiques ont été employées : la méthode *indienne* est sans contredit la meilleure; la méthode *française* ou par *glissement*, séduisante au premier aperçu, ne donne que de mauvais résultats; la méthode *italienne* vaut mieux que celle-ci sans valoir la première. Le lambeau pris sur le bras est formé d'une peau fine et de tissu cellulaire lâche; il est flasque, incapable de se soutenir; il n'a ni la couleur ni la densité des téguments de l'organe absent; le front présente des éléments bien plus convenables; la peau ressemble beaucoup plus à la peau du nez, elle est doublée de tissu cellulaire serré et d'un muscle frontal qui, conservé avec soin, assure à l'organe emprunté la vitalité convenable, la résistance sans laquelle la difformité première serait remplacée par une difformité d'un autre genre et non moins disgracieuse.

XVII.

La fracture du péroné a le plus ordinairement son siége au niveau du collet de la malléole externe; sa direction est oblique de bas en haut et d'avant en arrière; le fragment inférieur est plus long postérieurement qu'antérieurement. Le déplacement est très peu marqué, la crépitation difficile à reconnaître; aussi donnons-nous, avec le docteur Nélaton et plusieurs autres, une grande valeur au symptôme que M. Maisonneuve a signalé le premier, à la sensibilité vive qu'on éveille constamment en appuyant même avec légèreté la pulpe du doigt sur le point fracturé. Ainsi que l'a fait ressortir plusieurs fois le chirurgien de l'*hôpital des Cliniques*, on peut impunément comprimer le sommet de la malléole, la malléole entière, le péroné au tiers inférieur et au-dessous; mais, aussitôt que l'on effleure la ligne de la fracture, le blessé témoigne de la douleur, une douleur aiguë, agaçante et vive, dont la durée est celle du contact.

XVIII.

A sa naissance, le squelette est à l'état liquide; avec le temps il devient muqueux, puis cartilagineux et osseux. Dans quelques circonstances morbides, maladives, chez l'adulte ou le vieillard, le squelette dans une limite plus ou moins étroite se ramollit, reprend l'état cartilagineux, l'état muqueux, et, bientôt absorbé, il laisse une dépression ou un trou. On remarquait dernièrement un exemple fort curieux de cette espèce d'altération dans le service du docteur Nélaton, chez un homme d'une cinquantaine d'années. Ce malade s'est présenté avec des tumeurs à la tête qui ressemblaient à des périostites; elles se sont ramollies, affaissées insensiblement, pour laisser

à leur place, sur les pariétaux, des trous ronds, du diamètre d'une pièce d'un franc, dont le contour mousse se suivait aisément, trous à travers lesquels on percevait les mouvements du cerveau.

A. G.

MÉDECINE PRATIQUE.

IV. Observations pratiques de rhumatisme articulaire traité par les émissions sanguines répétées (1).

Le rhumatisme articulaire aigu, sous le double point de vue de sa nature et du traitement qui lui est applicable, a fait dès longtemps le sujet de persévérantes recherches. On conçoit aisément que cette affection ait eu le privilége de fixer l'attention des praticiens, pour peu qu'on réfléchisse à sa fréquence, à l'intensité des douleurs auxquelles elle donne lieu, à la mobilité de ces douleurs qui bien souvent ne quittent les parties primitivement envahies que pour se porter ailleurs, aux conséquences fâcheuses qu'elles traînent à leur suite, alors qu'elles passent de l'état aigu à l'état chronique, enfin à leur coïncidence avec l'inflammation d'organes essentiels à la vie. A ces titres, le rhumatisme revendiquait une large part dans les investigations des pathologistes; mais, d'accord en ceci que le rhumatisme est une inflammation, le désaccord commence une fois qu'il s'agit de préciser le caractère de cette inflammation, je veux dire de savoir si c'est là une phlegmasie pure et simple, soumise aux mêmes lois de production, d'évolution, de durée que les phlegmasies en général, ou bien s'il n'y a pas dans sa manière d'être quelque chose qui lui donne un caractère propre, si bien que de son étude bien faite découlerait, comme conclusion nécessaire, l'existence d'une cause spéciale qui serait en quelque sorte la circonstance culminante du dérangement morbide qui nous occupe; dans ce mode d'interprétation, l'inflammation du système fibro-séreux ne constitue plus toute la maladie; elle n'est elle-même que la manifestation d'un état organique qui l'a précédée; en un mot, le rhumatisme n'est pas plus une affection locale que la rougeole, la scarlatine, la variole ou la fièvre typhoïde; il se rattache à une cause unique et commune que l'induction conduit à admettre et dont la chimie organique fournit une explication satisfaisante. Cette cause, en effet, d'après les recherches de MM. Andral et Gavarret, résiderait dans un changement de proportion de quelques-uns des principes du sang; le rhumatisme aigu serait, d'après les auteurs, celle des maladies phlegmasiques dans laquelle la fibrine serait le plus élevée au-dessus de son chiffre physiologique; si c'est bien là vraiment le point de départ du rhumatisme, il est rigoureusement logique d'admettre que les saignées doivent faire la base du traitement, puisque, ainsi que l'ont observé MM. Andral et Gavarret, les globules sanguins diminuent par le fait des moyens antiphlogistiques. Les émissions de sang, plus ou moins libéralement employées, sont en effet la méthode thérapeutique des affections rhumatismales la plus généralement adoptée. C'est par elles que le praticien arrive à la guérison du rhumatisme aigu le plus promptement et le plus sûrement possible. Dans la plupart des cas, si l'énergie du médecin ne fait pas défaut, elles triomphent rapidement de l'une des plus dangereuses complications du rhumatisme, je veux parler de la surexcitation de l'organe central de la circulation, et préviennent les altérations qu'entraîne cette surexcitation prolongée, en même temps qu'elles rendent aux parties affectées l'exercice libre et complet de leurs fonctions, sans qu'il reste trace du trouble qu'elles ont éprouvé. J'ajouterai que cet intervalle qui comprend le passage de la maladie à la santé s'accomplit ainsi avec bien plus de célérité que si la maladie, combattue avec incertitude, hésitation, timidité, cède à force de temps et sous l'influence médicatrice de la nature plutôt que par le bénéfice de l'art. Ce ne sont pas en effet, comme l'a si justement fait remarquer Broussais, les pertes de sang qui prolongent la convalescence, mais bien les points d'irritation qui subsistent dans les viscères et qui s'y maintiennent soit par l'omission, soit par l'insuffisance du traitement antiphlogistique; de ce point de doctrine découle d'une manière générale le traitement applicable aux phénomènes inflammatoires; par-là se comprend et s'explique la formule si hautement utile des saignées coup sur coup que le professeur Bouillaud préconise dans les inflammations et qu'il applique surtout avec tant de succès au rhumatisme articulaire. Les observations qui suivent me paraissent propres à établir avec évidence les services que peut rendre cette formule des saignées mises en œuvre au début de l'affection.

Obs. 1. *Rhumatisme articulaire aigu. 4 saignées en 18 heures; guérison complète en 6 jours.* — Je fais moi-même le sujet de cette observation. — Ma santé est habituellement bonne; la seule maladie dont j'aie été atteint, depuis une dizaine d'années, est un rhumatisme aigu dont j'ai éprouvé deux attaques, une fois aux lombes, une autre fois à l'épaule gauche. Dans chacun de ces cas, les sangsues appliquées avec profusion m'ont promptement tiré d'affaire. En dernier lieu, il y a de cela six à sept semaines, je ressentais depuis huit à dix jours un léger malaise dans cette même épaule gauche, prise naguère de rhumatisme. J'y avais fait peu d'attention, lorsque, rentrant chez moi un dimanche soir, à 10

(1) La méthode des saignées abondantes et répétées dans le rhumatisme articulaire aigu est, selon nous, une méthode héroïque. Notre expérience personnelle nous a démontré cette vérité un trop grand nombre de fois pour que nous ne la recommandions pas à nos confrères avec une entière confiance. C'est surtout lorsqu'il existe quelque complication aiguë du côté du cœur qu'il n'y a point à hésiter. Sous ce rapport, il est incontestable pour nous que la science doit beaucoup à M. le professeur Bouillaud. (N. D. R.)

heures, la douleur prit un caractère d'intensité qui ne me permit pas de différer plus longtemps l'emploi des secours nécessaires. 20 sangsues furent appliquées sur-le-champ. L'effet en fut nul. Un de mes confrères, que je fis appeler vers minuit, eut l'obligeance de se rendre près de moi. En ce moment, aux douleurs de l'épaule qui étaient des plus vives se joignaient des douleurs dans le coude et le poignet du même côté et dans la partie gauche du thorax; mon confrère jugea la saignée nécessaire; 500 grammes de sang furent tirés de la veine; l'amélioration fut immédiate; la pleurodynie fut enlevée sur-le-champ; le coude et le poignet furent dégagés; l'épaule se trouva notablement amendée. Une heure après environ, réapparition des douleurs. A 2 heures de la nuit, mon état est le même qu'avant la saignée, avec cette différence toutefois que le point pleurodynique n'existe plus. Il me semble que je sens le cœur pousser avec une incroyable force le sang vers l'épaule malade. Je ne sais quelle position prendre pour amoindrir la douleur dont cette jointure est le siége. Je fais appliquer une ligature sur le bras déjà saigné, et je tire au delà de 500 grammes de sang. Cette fois le soulagement est plus marqué que la première. Cependant, deux heures plus tard, les douleurs éclatent avec une telle violence que je n'hésite pas à redemander à une nouvelle émission sanguine le mieux que m'ont donné les deux premières. Pour le coup, je commençai véritablement à jouir de quelque calme; il me fut possible de mouvoir l'épaule avec quelque liberté; enfin, je goûtai une heure environ de sommeil; le lendemain, bain entier de deux heures de durée. Dans l'après-midi de ce même jour, je sens s'exaspérer la douleur de l'épaule, et, bien qu'elle ne remonte plus au degré qu'elle a atteint antérieurement, je fais encore repartir la saignée; le bénéfice que j'en retirai fut enfin décisif. Il était évident pour moi que la maladie était vaincue. Des bains de deux heures de durée, pris chaque jour matin et soir, firent le reste. Je pus dès lors me regarder comme convalescent. Le samedi suivant, c'est-à-dire six jours après l'invasion, il m'était possible de sortir et de reprendre mes occupations. Huit jours n'étaient pas écoulés que j'avais recouvré l'intégrité de mes forces. Voilà donc une observation dans laquelle un rhumatisme articulaire aigu, enrayé par des évacuations sanguines abondantes et répétées, se trouve borné à une durée de six jours, et dans laquelle, malgré les évacuations sanguines ou, pour mieux dire, à cause de ces évacuations sanguines, la convalescence est si courte qu'elle mérite à peine d'être comptée.

Obs. 2. *Rhumatisme articulaire aigu. 4 saignées en 2 jours ; guérison complète le quatrième.* — La femme d'un menuisier de cette ville, âgée de 40 à 45 ans, a déjà eu plusieurs attaques de rhumatisme qui chaque fois ont duré 6 à 7 semaines. Elle est de nouveau et sans accidents précurseurs prise de cette même affection le 12 septembre dans la matinée. Je suis appelé pour la première fois à lui donner mes soins dans l'après-midi de ce même jour. Elle ressent des douleurs atroces dans l'épaule, le coude et le poignet droits; la peau est sèche, brûlante, le pouls plein et dur : je la saigne sur-le-champ; elle déclare se trouver soulagée. Je prescris de la limonade pour boisson, des applications émollientes sur la jointure douloureuse. Dans la nuit, les douleurs reprennent une extrême violence. Deux saignées sont pratiquées dans la journée du 13; elles sont suivies toutes deux d'une amélioration momentanée. Le 14 au matin, je pratique une quatrième saignée. Cette fois les douleurs s'amendèrent d'une manière définitive. Le mouvement fébrile cessa complètement; la malade entra en pleine convalescence. Tombée malade le 12, elle était en état le 16 de reprendre ses travaux de ménage.

Il me serait facile de joindre aux deux observations que je viens de rapporter un bon nombre d'observations analogues, soit que j'en empruntasse l'histoire aux notes que j'ai conservées à leur sujet, soit que je fisse un appel à mes souvenirs; mais elles ne seraient toutes qu'une répétition des faits qui précèdent. Je suis loin de prétendre toutefois que, même par les saignées répétées, il m'ait été possible de juguler pour ainsi dire le rhumatisme aigu dans un espace de temps de quatre ou de six jours. Mais ce que j'affirme, c'est que, dans les cas les plus graves qu'il m'a été donné de traiter, je veux parler du rhumatisme sévissant en même temps sur toutes les grandes articulations, je n'ai pas une seule fois vu la maladie se prolonger au delà de dix à douze jours. Encore ajouterai-je que cette durée de dix ou douze jours aurait été, d'après les faits que j'ai observés depuis près de dix ans, l'exception, et que la règle pour moi, telle du moins qu'elle ressort de l'expérimentation à laquelle je me suis livré, serait la cessation des douleurs, de la fièvre, du gonflement, en un mot, de tout l'appareil inflammatoire, dès le sixième, septième ou huitième jour. Passé ce terme, j'ai constamment vu la convalescence se déclarer franchement et les malades reprendre l'intégrité de leurs forces avec une promptitude qui, pas une fois, ne m'a donné le regret d'avoir poussé trop loin les émissions sanguines.

V. Observations de rougeole. — Réflexions.

Dans l'espace de temps compris entre le 14 février et le 18 mars, j'ai donné mes soins, dans l'une des institutions de cette ville, à neuf jeunes personnes atteintes de rougeole. De ces jeunes personnes, la plus jeune était âgée de cinq ans, la plus âgée de quinze. Chez quatre d'entre elles, la maladie n'a rien offert à noter que son extrême bénignité. Le repos au lit, la diète absolue, l'infusion de bourrache édulcorée, ont fait les frais du traitement. La convalescence a été prompte et facile. Cinq ont offert des accidents qu'il a fallu combattre d'une manière plus active; c'est ainsi qu'après la première période qui s'est montrée à peu près chez toutes escortée des mêmes phénomènes, à savoir : tristesse, abattement, pouls accéléré,

toux sèche, picotements à la gorge; la phlegmasie bronchique, dont s'accompagne constamment l'éruption rubéolique, s'est élevée dans quatre cas à un degré qui a exigé l'emploi de la saignée, et que dans un autre cas, chez une petite fille de sept ans, une angine gutturale, succédant à une rougeole d'ailleurs bénigne, a cédé à une émission sanguine locale.

Voici du reste une observation qui, mieux qu'un aperçu général, fait connaître les symptômes que les malades ont présentés.

Obs.—Mlle Morris, 14 ans, éprouve le 17 février du frisson; malaise du mal de tête, toux sonore, caractéristique de la rougeole, en un mot l'ensemble des symptômes précurseurs de cet exanthème; les symptômes augmentent d'intensité dans la nuit; le lendemain déjà le visage offre quelques taches rouges; en même temps la peau est brûlante, la respiration accélérée, le pouls fréquent, la toux sèche et sans expectoration, la langue pointue et d'un rouge vif. La malade accuse un sentiment d'ardeur et comme de déchirement dans la poitrine. — Saignée de 300 grammes, orge édulcorée. — Looch. — Le jour suivant, amendement marqué du côté des voies respiratoires; l'oppression a cessé, la toux est moins fréquente et moins sèche. Le pouls est plus souple et moins vite; la phlegmasie des bronches s'est favorablement modifiée, tandis que d'un autre côté l'exanthème parcourt régulièrement ses phases. — Aucun autre accident ne vient entraver la guérison qui s'accomplit désormais sans intervention active de l'art et sous la seule influence d'un traitement adoucissant.

L'histoire des trois autres jeunes malades chez lesquelles la saignée a été pratiquée également au début a trop de ressemblance avec celle qui précède pour que je croie devoir rapporter ici chacun de ces cas. Dans ces trois cas, aussi bien que dans celui que j'ai cité, la saignée a prouvé cet avantage immédiat qu'elle a diminué le mouvement fébrile, modéré la congestion qui se faisait vers les poumons, régularisé en un mot l'exanthème, en le dégageant de toute complication fâcheuse. Que la saignée donne les mêmes résultats dans tous les cas analogues, c'est ce que je suis loin de prétendre. A dieu ne plaise, en effet, que je ne sache qu'il est des phlegmasies (et celles dont s'accompagnent les fièvres éruptives en fournissent trop fréquemment la preuve), qu'il est, dis-je, des phlegmasies qu'un traitement antiphlogistique est impuissant à réprimer. Mais en même temps, pour être vrai, disons que la saignée, ce modificateur si puissant quand il est manié à propos et avec une énergie proportionnée à l'intensité des acciden s, est loin d'intervenir le plus souvent, dans la pratique médicale, entouré de cette double condition de succès. Disons que trop souvent il arrive que les congestions qui préparent les inflammations sont livrées à elles-mêmes, et que la nécessité des émissions sanguines ne se montre clairement à la foule des praticiens qu'alors qu'il n'est plus possible d'opposer une digue à la marche envahissante des inflammations trop tardivement combattues; de l'insuccès de la saignée pratiquée en pareille occurrence faudra-t-il inférer qu'elle était inutile ou même qu'elle était nuisible? Est-ce là la conclusion qui découle des faits bien interprétés? Non, sans doute; et cependant qui de nous n'a entendu raisonner ainsi les gens du monde toujours, et quelquefois même les médecins?

A l'appui de ce que j'avance, et dans le but d'éclairer une question de pratique qui n'est pas sans quelque importance, j'extrairai les deux observations ci-après d'un travail ayant pour sujet une épidémie de rougeole qui a régné à la Salpétrière en 1833.

Obs. 1.—P. Legendre, épileptique, 24 ans, *tempérament sanguin*, constitution *forte* et *robuste*, éprouve le 1er mars 1833 des symptômes qui annoncent la première période de la rougeole. Tous ces symptômes augmentent d'intensité jusque dans la nuit du 4 au 5. Le 5, face, cou, épaules, poitrine couverts de plaques rubéoliques. — Peau chaude, respiration légèrement accélérée; toux sèche; point de crachats; pouls fort et fréquent; voile du palais rouge; amygdales gonflées; déglutition difficile.

Prescription : bourrache, coquelicot, cataplasme au cou.

Le 6, les choses se passent de la même manière; *le 7, il ne reste plus de trace de rougeole*; les taches ont disparu pendant la nuit; le pouls est fort et fréquent; 120 pulsations. La respiration est accélérée, pénible. Les crachats sont blancs, demi-transparents, visqueux. Il y a de la matité à la partie postérieure des poumons. — Saignée d'une livre, etc. — J'omets les détails relatifs à la description de la marche progressive d'une pneumonie double inutilement combattue par trois saignées successives. — Le 10e jour de la maladie, phénomènes d'agonie. — Mort.

Suit la description de l'autopsie qui constate un engouement prononcé des deux poumons.

La seconde observation a la plus grande analogie avec celle-ci.

Obs. 2. — Oudot, épileptique, 28 ans, forte et sanguine, est prise le 7 mars des symptômes précurseurs de la rougeole. Dans la nuit du 10 au 11, taches rubéoliques à la face, au cou, à la poitrine; symptômes généraux, tels que fièvre, respiration difficile, toux sèche et fréquente; crachats visqueux difficilement rendus. Prescription : bourrache, coquelicot, looch. — Le soir, dyspnée plus forte, délire.—Saignée de 12 onces. Le 12, saignée nouvelle. Mort le 14.

A l'autopsie, hépatisation rouge des plus tranchées de la partie inférieure et postérieure du poumon droit. Engouement de la partie postérieure du poumon gauche. On voit, d'après ces deux observations, d'un côté la gravité des symptômes, et de l'autre l'impuissance du traitement antiphlogistique contre une affection purement inflammatoire. On voit, d'après ces deux cas, combien dans cette

épidémie les émissions sanguines ont été au moins inutiles chez les sujets eux-mêmes chez lesquels le système sanguin paraissait dominer.

(*Gazette médicale*, an 1833.)

A notre tour, nous disons, en réponse à cette conclusion qui nous paraît mal fondée : Les deux observations que vous rapportez démontrent bien, il est vrai, l'impuissance du traitement antiphlogistique à conjurer l'issue fatale. Mais cette impuissance s'explique à nos yeux, non par l'impropriété des émissions sanguines, mais par le retard apporté à leur emploi. Quelques jours, voire même quelques heures de plus ou de moins dans l'application d'un moyen d'où peut dépendre le salut d'un malade, comptent beaucoup dans la balance où se pèsent ses destinées. Il ne nous est donc pas démontré qu'employées dans une période moins avancée, les saignées eussent été impuissantes ; et tout au moins eussent-elles eu en leur faveur des chances que la temporisation leur a fait perdre. Voilà, en effet, dans les deux observations précitées, des adultes d'une constitution robuste pris d'une affection éminemment inflammatoire ; le mouvement fébrile est porté chez les deux malades au plus haut degré ; les symptômes ne permettent pas de méconnaître une bronchite étendue avec réaction intense, et cependant, dans le premier de ces deux cas, c'est après plusieurs jours d'un ensemble des symptômes tels que ceux-ci : céphalalgie violente, toux forte et sonore, absence d'expectoration, pouls fort et fréquent, amygdales gonflées ; déglutition impossible ; c'est après avoir uniquement opposé pendant plusieurs jours à cet ensemble de symptômes un traitement délayant, que se montre la nécessité de recourir à la saignée ; oh ! sans doute, alors la saignée est impérieusement nécessaire, mais elle vient trop tard ; il ne fallait point pour la pratiquer attendre que l'exanthème eût disparu, mais bien s'opposer à la rétrocession de cet exanthème, en enlevant la phlegmasie des bronches qui, s'étendant peu à peu au parenchyme pulmonaire, a fini par déplacer l'éruption à son profit. Il fallait, en d'autres termes, prévenir cette concentration des forces à l'intérieur, si hautement préjudiciable dans la fièvre éruptive. Autrement, là où les émissions sanguines sont estimées impuissantes, je suis autorisé à penser, avec quelque semblant de raison, que les malades ont succombé, faute d'avoir modifié à temps le travail organique sous l'influence duquel ils s'acheminaient à leur perte.

Les réflexions auxquelles je me laisse aller à propos de quelques cas de rougeole trouveraient aisément leur place dans l'étude de la plupart des maladies aiguës, et c'est à cause des applications nombreuses qu'elles comportent que je prends la confiance de les publier.

T. Gorré,
Chirurgien en chef de l'hôpital de Boulogne.

OPHTHALMOLOGIE.

Réflexions sur les cataractes congéniales, leur diagnostic différentiel ; leur traitement. — Observations.

Obs. — Marie de L****, rue de la Tixéranderie, 25, est aveugle de naissance ; elle distingue le jour de la nuit, suit assez facilement l'ombre d'un objet qui passe devant ses yeux ; elle est faible, quoique bien constituée, et ne marche point encore ; la dentition s'opère avec une assez grande lenteur, mais sans accidents. Aucun de ses parents n'a été cataracté.

Les yeux, examinés, présentent les caractères suivants : les globes ont un volume normal ; le droit est un peu dirigé en dedans, tous deux sont atteints d'une oscillation dans le sens latéral (*nystagmus*), très marquée, qui cesse chaque fois que l'enfant, comme le font les jeunes aveugles, balance sa main pendant quelque temps au devant de ses yeux. Les membranes externes sont parfaitement saines. Les pupilles de même grandeur dans chaque œil, rondes, se contractent largement et rapidement sous l'influence de la lumière. Les cristallins seuls sont malades ; leur couleur ressemble assez à celle de l'empois bleuâtre et mou qui sert à empeser le linge ; çà et là on voit à peine à leur surface quelques endroits qui tranchent sur la teinte blanc-bleuâtre générale et opaque qu'ils ont prise ; l'opacité paraît être plus grande à une certaine profondeur du cristallin ; en d'autres termes, les couches corticales superficielles semblent avoir conservé une grande partie de leur transparence. Les capsules sont parfaitement saines.

L'enfant ne connaît aucun objet ; elle avance machinalement la main vers ceux qu'on fait passer entre la lumière et ses yeux et à quelque distance qu'ils soient. Lorsqu'on approche la main vers les yeux tournés en sens opposé à la lumière, elle ne cligne point et ne suit pas les corps qu'on lui présente.

L'opération proposée aux parents est pratiquée pour la première fois le 3 septembre 1844. Ils avaient été prévenus que plusieurs opérations successives devraient probablement être faites.

Œil gauche.—L'enfant, couchée sur une planche, est fixée au moyen de tours de bandes, sa tête est maintenue par un aide, et les paupières sont écartées au moyen d'élévateurs ; le supérieur est plein, pour éviter la procidence de la muqueuse au devant de la cornée, entre les branches des élévateurs ordinaires. Les pupilles sont depuis longtemps largement dilatées par la belladone. Une aiguille presque droite, très tranchante d'un côté, est introduite par la sclérotique au devant de la cataracte, et celle-ci est broyée longtemps dans toute son épaisseur ; quelques débris de substance corticale sont jetés à dessein dans la chambre antérieure et s'attachent en partie aux bords de la pupille, auxquels ils restent suspendus. Cette ouverture demeure trouble comme avant l'opération, ce qui avait été prévu.

Œil droit. — L'enfant est très excitée, pousse des cris et s'agite beaucoup; la paupière supérieure, soulevée de la même manière que pour l'autre œil, laisse le globe à découvert; mais il fuit sans cesse en haut et en dehors avec tant d'énergie qu'il devient impossible de songer à introduire l'aiguille, parce qu'elle aurait dû traverser la paupière pour pénétrer dans la sclérotique complètement cachée du côté externe. Après quelques moments d'attente inutile, je fais entraîner le globe en dedans par un aide qui tient une pince fixée sur la conjonctive, près de la cornée; dès lors l'opération devient très facile, le cristallin est broyé avec patience et lenteur pour multiplier les surfaces mises désormais en contact avec l'humeur aqueuse; la pupille demeure trouble comme avant l'opération; il n'y a point de débris de lentille dans la chambre antérieure.

Prescription. — Appliquer sur les yeux des compresses d'eau glacée, qu'on renouvellera à chaque instant pendant vingt-quatre heures; instiller une goutte de belladone au dixième entre les paupières, une fois par heure. Si l'enfant est agitée, donner quelques cuillerées d'une potion gommeuse sucrée avec le sirop de tête de pavot blanc.

Le lendemain, les yeux ne sont aucunement injectés; à part les ecchymoses traumatiques, on n'y voit aucune rougeur; les pupilles sont bien dilatées. Les choses marchent bien pendant trois jours pour les deux yeux; mais à ce moment l'œil droit présente manifestement les signes d'une iritis commençante; la pupille est plus étroite de ce côté, l'iris verdâtre, l'œil larmoyant. Des sangsues appliquées près de l'oreille, du calomel à l'intérieur, des frictions d'onguent napolitain et de belladone font bientôt disparaître ces accidents inflammatoires. La pupille qui s'était rétrécie d'abord, soumise à l'influence de la belladone instillée à tout moment, s'ouvre bientôt, et aucune adhérence ne s'établit entre elle et la capsule enflammée, ou avec les débris du cristallin. Peu à peu les choses reviennent à l'état normal, les cristallins broyés se résorbent en partie; leurs débris s'organisent en arrière de la pupille, qu'ils masquent complètement. Une seconde opération est indiquée.

9 octobre. — 2e *opération sur l'œil gauche.* — La cataracte secondaire s'abaisse du premier coup sous l'aiguille; la pupille est parfaitement nette; l'instrument, maintenu un instant dans l'œil pour abaisser la cataracte si elle remontait, est retiré.

Œil droit. — L'opération est plus laborieuse; des filaments adhérant à l'iris, loin de la pupille, empêchent d'éloigner complètement l'opacité. Les débris du cristallin, soudés entre eux, sont divisés de nouveau très largement; le huitième supérieur de la pupille dilatée demeure libre. De ce côté, il est probable qu'on devra revenir une troisième fois à l'opération. Aucune réaction ne survint cette fois. L'eau glacée fut employée en fomentations, et la belladone continua d'être instillée dans l'œil droit.

novembre. — 3e *opération, sur l'œil droit seulement.* — La pupille gauche est très nette, la vision excellente; l'enfant suit tous les objets qu'on lui présente et commence à les saisir. Sa physionomie a changé complètement; elle n'a plus cet air d'hébétude particulier aux amaurotiques ou aux aveugles de naissance. Le nystagmus a presque complètement cessé; il ne revient qu'à de rares intervalles. Les deux tiers inférieurs de la pupille droite sont masqués par une opacité blanche qui a des points d'appui nombreux sur l'iris, près de ses attaches ciliaires. L'aiguille, introduite par la sclérotique, traverse la lacune de la pupille, divise les adhérences, sauf une seule placée en bas. La pupille *dilatée* est nette dans ses deux tiers supérieurs. On ne peut douter que la résorption n'amène la disparition de ces derniers débris. Il n'y a point eu de réaction.

13 novembre. — La pupille droite est parfaitement nette; le strabisme léger qui existait avant l'opération persiste. On exercera cet œil isolément, en fermant l'autre plusieurs fois par jour pendant un quart d'heure.

29 novembre. — Les pupilles sont toujours nettes, la vision se fait parfaitement des deux yeux; le strabisme diminue d'une manière sensible. On continuera l'exercice de l œil droit.

17 février 1845. — L'enfant est guérie complètement; les deux yeux fonctionnent simultanément: la vision est parfaite.

La cataracte congéniale a un aspect tout particulier. Ses caractères physiques ne se retrouvent qu'assez rarement dans la cataracte de l'adulte, sauf dans les cas de cataractes héréditaires dans lesquelles l'opacité, commençant souvent à la naissance, n'est complète que vers l'âge de 20 ou 30 ans. Elle est toujours molle, et sa mollesse a cependant quelque chose qui ne ressemble point aux cataractes molles ordinaires. Dans celles-ci et à leur début, la lentille offre le plus souvent des stries opaques brisées, circonscrivant des triangles plus ou moins réguliers qui, avec le temps, finissent par diminuer en nombre, puis disparaître pour faire place à une opacité générale, blanc-jaunâtre, présentant çà et là des petits points d'un blanc plus mat. Toujours volumineuse, la cataracte molle de l'adulte touche le plus souvent la face postérieure de l'iris, le pousse en avant et diminue sensiblement d'une manière toute mécanique les mouvements de la pupille. La chambre intérieure est plus petite, l'iris est convexe en avant, la chambre postérieure n'existe plus. Cette disposition du diaphragme de l'œil, par rapport à l'opacité lenticulaire, empêche qu'il y ait une ombre portée sur cette opacité; elle n'existe point et ne peut exister à cause du contact de l'iris et de la capsule. L'uvée, qui déborde naturellement dans la pupille, se dessine franchement sur la cataracte et dans une étendue plus grande que lorsque celle-ci est dure.

Dans la cataracte congéniale, tantôt immédiatement, tantôt quelque temps après la naissance, on ne voit pas de stries opaques circonscrivant des espaces, des tranches triangu-

laires à sommets concentriques ; l'opacité est presque toujours d'un blanc bleuâtre comme l'empois préparé en gelée pour empeser le linge, sans taches plus prononcées ici qu'ailleurs. Rien de jaune ni de blanc mat ; tout le cristallin a pris cette teinte et n'en est point plus volumineux. L'iris est tendu droit entre les deux chambres, excessivement mobile, absolument, comme à l'état normal, quant à ses mouvements et sa forme. En se plaçant obliquement par rapport à l'œil du malade, il est facile de reconnaître que la chambre antérieure a toute sa capacité. L'iris et la capsule n'étant pas en contact, et les couches corticales antérieures ayant conservé le plus souvent quelque transparence, ce qui est le contraire dans la cataracte molle ordinaire de l'adulte, on reconnaît l'ombre portée par le diaphragme de l'œil sur la cristalloïde, ou, pour parler plus exactement, sur le cristallin opaque. L'uvée qui circonscrit la pupille se dessine bien sur l'opacité bleuâtre, mais beaucoup moins que dans la cataracte lenticulaire molle dont nous avons parlé.

Rien ne ressemble si peu à la cataracte dure par ses caractères physiques que la cataracte molle congéniale. Dans la cataracte dure, le cristallin est gris, jaunâtre ou verdâtre, d'autant plus foncé en couleur qu'on se rapproche d'avantage de son centre ; le pourtour en est d'un jaune douteux, ambré, tirant un peu sur le vert. Point de stries ni de taches opaques comme dans la cataracte molle, mais aussi point de couleur uniforme bleu d'empois. La cataracte n'est pas volumineuse ; loin de là, le cristallin est quelque peu racorni par suite de son durcissement morbide ; de là une chambre postérieure plus grande, une ombre portée plus longue que dans la cataracte qui nous occupe.

Les symptômes physiologiques, de même que les caractères physiques, différencient très bien ces diverses cataractes ; le soir, la vision se fait passablement dans la cataracte dure elle ; est molle dans la molle, et fortement abaissée dans la cataracte congéniale. Il pourrait paraître extraordinaire d'avancer que la vision n'est qu'abaissée le soir dans la cataracte qui nous occupe, si l'on ne savait que chez beaucoup d'individus cette maladie met un temps si considérable à mûrir, pour nous servir du mot consacré dans le monde, que l'individu qui la porte peut devenir homme et rendre compte de ses sensations (nous avons dit plus haut que cela s'observe surtout dans certaines cataractes héréditaires). Il n'en est pas toujours ainsi, il serait superflu de le dire, la vision devient nulle quand la cataracte est complète ; cependant elle n'est pas aussi absolument éteinte que dans la cataracte molle ordinaire.

Ces caractères différentiels sont loin d'être purement spéculatifs ; par eux on peut reconnaître d'avance tous les résultats de l'opération, du moins tous les résultats probables. On sait, lorsqu'on les a bien saisis, lorsqu'on a été à même de comparer cette variété de cataracte, qu'elle se laissera trancher sur place par l'aiguille, sans que, le plus souvent, il en tombe, il s'en détache un seul morceau, sans que le passage de l'instrument laisse plus de trace que s'il avait traversé un liquide. On sait que la densité de ces cataractes est à peu près égale, assez ordinairement au moins, dans toute leur étendue, qu'on n'y trouve pas de noyau comme dans les cataractes molles, ou du moins qu'il est très petit et peu consistant. On peut donc à l'avance prédire que la pupille, à une première opération de broiement, ne pourra être débarrassée, ou au moins qu'elle ne le sera que d'une manière fort incomplète, et qu'il sera nécessaire, après que les parties les plus liquides de la lentille désormais mises en rapport avec l'humeur aqueuse se seront résorbées, de recourir à une seconde et même à une troisième opération (1). Ces caractères différentiels serviront encore, si la variété de cataracte qui nous occupe se présente sur des individus raisonnables, j'entends par-là sur des sujets de 20 à 30 ans, comme cela s'observe dans quelques cataractes héréditaires, serviront encore, dis-je, à mettre l'opérateur en garde contre l'extraction, parce que le moindre des inconvénients de ce procédé serait que le chirurgien ne pourrait rien extraire que des débris lenticulaires qu'il serait forcé d'aller chercher avec la curette à cent reprises différentes sans pouvoir rien enlever d'une manière complète. On comprend aisément combien ces manœuvres, qui auraient pour premier effet de contusionner les lèvres de la plaie de la cornée, pourraient être dangereuses, et qu'elles provoqueraient la suppuration du lambeau, et quelquefois celle du globe lui-même.

L'extraction doit donc être rejetée dans tous les cas de l'espèce ; l'abaissement par la sclérotique n'est pas possible ; le broiement seul, soit à travers la cornée, ce qui est assez difficile comme exécution, soit, ce qui est beaucoup plus avantageux, à travers la fibreuse, doit être exécuté. Beaucoup de raisons militent en faveur de ce procédé : l'œil fixé sur le côté par l'instrument lui-même est moins mobile ; l'aiguille ne peut sortir de l'œil par un mouvement brusque de l'opérateur ou de l'organe, comme cela arrive si l'on opère par la cornée ; la division de la lentille est plus profonde, plus complète, on peut avec le plat de l'instrument

(1) Un chirurgien des plus distingués de Paris, étant sur le point d'opérer une de ces cataractes, dit aux élèves présents en terminant une brillante leçon : « C'est une cataracte facile à opérer par déplacement. » L'aiguille introduite dans l'œil manœuvra longtemps sans parvenir à faire disparaître l'opacité qui demeura toujours aussi grande ; l'instrument fut enfin retiré. Le chirurgien, voyant la pupille toujours opaque, ne dit mot et tourna le dos à l'opéré. Voulant savoir à quoi pouvait tenir cette mauvaise humeur, un spirituel confrère examina l'œil et se mit à rire en disant : « Ah ! bon, je vois ce que c'est. Il paraît qu'il n'y a eu de déplacé ici que le diagnostic. »

en jeter quelques débris dans la chambre antérieure, ce qui avancera d'autant la résorption de l'opacité, la cornée qui n'a pas été blessée ne suppurera pas, etc., etc., avantages qu'on ne retrouve pas à beaucoup près dans la kératonyxis. En outre, l'instrument dont on se servira en opérant par la sclérotique étant plus large déplacera plus aisément la lentille ou au moins agira sur des surfaces beaucoup plus grandes.

Les caractères différentiels ne seront pas seulement utiles au chirurgien pour le choix du procédé, ils lui serviront encore pour celui de l'instrument avec lequel il devra manœuvrer. Les aiguilles très larges, recourbées, tranchantes des deux côtés, devront absolument être rejetées; une aiguille droite ou presque droite, tranchante d'un seul côté, mousse de l'autre, sera d'une grande utilité. —Le bord mousse, dirigé du côté de la chambre antérieure, ne pourra point blesser l'iris sur lequel il glissera tandis que le bord tranchant tourné sur la capsule divisera sans danger la cataracte dans toute son étendue. Cette précaution est d'un grand intérêt, car le broiement exige beaucoup de temps, les enfants s'agitent, poussent des cris, essaient par tous les moyens possibles d'échapper aux liens et aux mains qui les retiennent, et le plus léger mouvement de l'œil pourrait diviser l'iris sur le tranchant de l'aiguille qui le diviserait.

Lorsque la cataracte se présente sur des individus très jeunes, doit-elle être opérée immédiatement, ou doit-on attendre au contraire qu'ils aient atteint l'âge de raison? La réponse à cette question ne demeure pas un instant douteuse; plus l'individu est opéré jeune, moins la réaction est à craindre. Rien n'est plus rare, en effet, qu'une inflammation sérieuse chez un enfant après une opération de cataracte pratiquée d'une manière convenable. L'opération de la pupille artificielle elle-même, quoique plus délicate, n'est que bien rarement suivie d'accidents fâcheux. Je l'ai pratiquée dernièrement encore avec un excellent résultat sur un enfant de treize à quatorze mois. D'un autre côté, en opérant un enfant encore faible, le manuel opératoire est bien facile; les liens remplacent aisément la raison et mettent le petit malade dans l'immobilité nécessaire. Lorsque l'enfant a dix ou douze ans, au contraire, rien n'est plus difficile que de l'opérer, la peur le prend pendant l'opération, et il est très difficile de le contenir. J'en ai encore eu la preuve chez un jeune garçon de douze ans atteint d'une cataracte traumatique droite et que j'ai opéré a ma clinique.

Une autre raison beaucoup plus importante exige que l'on opère de bonne heure les enfants, c'est l'avantage incalculable qui en résulte pour leur éducation. Cette raison est si puissante, si facile à concevoir qu'il nous semblerait superflu d'ajouter un mot sur ce point. Déjà l'enfant qui fait le sujet de l'observation que nous publions n'est plus reconnaissable, bien que la vision ne s'accomplisse que depuis quelques semaines.

Lorsque l'opération est arrêtée, l'enfant est couché sur une planche triangulaire dont la base correspond à sa tête sous laquelle on introduit un petit coussin étroit et résistant. On le fixe sur cette planche au moyen d'une bande large de cinq à six travers de doigt et longue de plusieurs mètres. Tout le corps, sauf la tête, est ainsi enveloppé par la bande et d'une manière complète. L'enfant est porté sur un lit étroit, élevé, ou, à défaut, sur un meuble près d'une fenêtre bien éclairée. La tête est maintenue immobile par un aide. La paupière supérieure est soulevée au moyen d'un élévateur plein et peu profond; l'inférieure est maintenue abaissée par le chirurgien. Si l'œil est très mobile et s'il fuit sous la paupière supérieure relevée, un troisième aide le ramène au milieu de l'orbite au moyen d'une pince fixée sur la conjonctive tout près de la cornée; cette précation n'est pas toujours nécessaire. L'opération est faite ensuite selon les règles du broiement. C'est de cette manière qu'a été opérée l'enfant dont l'histoire précède.

Une précaution à prendre et qui nous semble des plus importantes, c'est de maintenir la pupille dilatée. Rien n'est plus facile que d'obtenir ce résultat en instillant dans les yeux des gouttes de belladone immédiatement après l'opération. Les fausses membranes lorsqu'elles se forment dans la chambre postérieure, les débris de la lentille lorsqu'ils se soudent entre eux après l'opération de cataracte, sont le plus ordinairement entraînés ainsi loin du centre de la pupille dont le bord demeure toujours libre. Il est très rare, après une opération de cataracte, si cette précaution a été prise, qu'il n'y ait point une lacune très large qui permettra l'introduction de l'aiguille en avant de l'opacité. C'est surtout lorsqu'une iritis survient que la dilatation de la pupille est d'un grand intérêt, parce qu'elle met à l'abri des synéchies postérieures qui compromettent si fréquemment la vision.

DESMARRES, D.-M.

CHIRURGIE PRATIQUE.

VII. Considérations pratiques sur la lithotritie avec des observations de ce genre d'opération.

S'il est incontestable que nous vivons dans une époque fertile en perfectionnements de tout genre, il ne l'est pas moins que l'art de guérir s'est puissamment ressenti des tendances progressives imprimées à toutes les connaissances humaines. Mais, de toutes les innovations dont il s'est enrichi, une des plus importantes sans contredit, celle que l'on peut considérer comme un des plus grands faits chirurgicaux de notre siècle, c'est l'opération du broiement de la pierre, imaginée en substitution, dans le plus grand nombre des cas de maladies calculeuses de la vessie, de l'opération sanglante et si redoutée de la taille; c'est, en d'autres termes, la lithotritie, cette brillante dé-

couverte de la chirurgie contemporaine, que l'Académie royale des sciences déclara glorieuse pour la chirurgie française et consolante pour l'humanité.

Hâtons-nous de dire toutefois que, quoique nous nous permettions de venir exposer ici quelques réflexions pratiques sur cette opération, nous n'en sommes point à ignorer que bien des écrits lui ont été déjà consacrés par des hommes éminents, dont les noms sont irrévocablement attachés à sa découverte ou à ses progrès. Peut-être seulement est-on en droit de penser que, pour traiter à fond tout ce qui la concerne, pour l'envisager sous ses aspects divers, les écrivains l'ont généralement soumise à l'appréciation et à l'attention de leurs lecteurs, hérissée de plus de difficultés, d'embarras même qu'elle n'en offre réellement. Comme cependant l'époque est arrivée, ce nous semble, où la lithotritie, grâce à de nombreux perfectionnements acquis, tend de plus en plus à sortir du domaine des spécialités pour tomber dans celui de la généralité des chirurgiens, il nous a paru utile de la présenter ici dans cet état de simplicité opératoire auquel elle est parvenue, c'est-à-dire dépouillée d'une multitude d'instruments ou accessoires inutiles qui, considérés souvent encore comme indispensables, peuvent entretenir contre elle certaines préventions injustes, au moins dans les provinces. Ce sera peut-être un moyen d'attirer quelques sympathies de plus à une opération qui mérite d'être de plus en plus popularisée, parce que ses bienfaits seront d'autant plus ressentis qu'elle sera plus connue et plus répandue.

Qui ne sait, par exemple, combien nombreux, ont été les instruments tour à tour proposés pour opérer le broiement de la pierre, pour faciliter l'issue des débris ou les triturer dans le canal même quand ils s'y arrêtaient, etc.?

Mais que l'on se rassure à ce sujet : la plupart d'entre eux peuvent être considérés comme appartenant à l'histoire ancienne de la lithotritie. Ainsi, sans songer à nier ce qu'il y a eu d'ingénieux dans l'invention de la pince à trois branches de M. Civiale, dans les lithotribes présentés par d'autres chirurgiens distingués, jusqu'au brise-pierre *percuteur* de Heurteloup, nous croyons pouvoir dire pourtant sans erreur que ce dernier, surtout avec les modifications importantes qu'on lui a fait subir, peut toujours remplacer avec avantage ses devanciers; et encore, parmi les brise-pierre exécutés d'après le mécanisme Heurteloup, celui que nous considérons comme préférable, comme atteignant le mieux le but désiré, est le brise-pierre que l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, M. Charrière, soumit à l'examen de l'Institut en 1837. Instrument à pression et à percussion, comme d'autres auparavant proposés, ce brise-pierre, dont nous avons eu plusieurs fois l'occasion de nous servir avec le plus grand succès, nous a paru offrir toute la solidité, la légèreté et la célérité d'action désirable, qualités importantes pour le jeu de l'instrument, la recherche, le bris des fragments et la sûreté de l'opération. Ajoutons que, grâce à la fenêtre pratiquée sur tout le dos de la courbure, on a bien moins à redouter cette puissance démesurée qui résultait de l'action compressive d'autres instruments de ce genre, ni la difficulté de le fermer complètement, et que, grâce aussi à la crémaillère tracée sur la face supérieure de la branche mobile et à la clé latérale à pignon s'engrenant avec les dents de la crémaillère, sur lesquelles la retient un anneau circulaire, cet instrument hâte de beaucoup et dans un temps donné l'écrasement ou le broiement sans autant de retentissement et de secousses qu'avec les lithotribes précédemment usités. Nous rappellerons encore que, sur la tige mobile de l'instrument et à l'endroit où, celui-ci étant fixé, cette tige sort de la branche non mobile, se trouve une rondelle de refoulement servant de point d'appui au pouce de la main gauche, lequel, après la saisie du calcul et pendant le broiement, pressant toujours sur elle, sollicite constamment la branche mobile à s'approcher de la branche fixe, et ne laisse pas, par conséquent, au calcul le temps de s'échapper. Presque toujours avec cet instrument la pression avec la clé latérale suffit pour le broiement; il est d'ailleurs aussi ingénieusement disposé qu'aucun autre pour la percussion, si l'action du marteau devient nécessaire. Par toutes ces considérations, ce brise-pierre nous paraît être un heureux perfectionnement apporté à l'opération de la lithotritie, et nous semble aussi devoir suffire aux praticiens qui tiennent moins à étaler de nombreux instruments qu'à posséder les seuls nécessaires. Ce sera assez pour eux d'avoir à leur disposition les numéros 1, 2 et 3, pour appliquer la lithotritie à tous les âges.

L'on n'ignore pas non plus que, pendant assez longtemps, des lits spéciaux ou bien des fauteuils mécaniques plus ou moins ingénieux avaient été aussi proposés comme nécessaires pour cette opération, de même que des étaux à main, des poignées, des supports de divers modèles, des seringues spéciales, des sondes à robinet, des sondes évacuatrices diverses, différentes pinces ou curettes uréthrales plus ou moins compliquées pour opérer le broiement des fragments engagés dans l'urèthre ou en provoquer la sortie, etc. Eh bien! l'expérience a déjà démontré qu'il ne faut point attacher à ces mêmes objets autant d'importance qu'on a voulu leur en donner, ou plutôt que l'on peut les remplacer avantageusement par d'autres que l'on a plus habituellement sous la main. Je m'explique :

Quoique nous ayons déjà plusieurs fois pratiqué la lithotritie, et que nous pussions disposer du lit rectangle de Heurteloup, que l'on sait être avec point fixe, semelle, matelas et pupitre, nous avons toujours trouvé plus commode, plus avantageux même, de nous servir en place, tantôt d'un canapé sans dossier, garni en paille, et dont on augmentait momentanément la largeur par la juxtaposition d'un fauteuil, tantôt, et mieux encore peut-être, d'un simple brancard quand nous pouvions l'avoir sous la main. Il importe d'ailleurs que ces

objets n'aient qu'une hauteur de trente à trente-deux centimètres, sans quoi il pourrait convenir que l'opérateur fît mettre quelque chose sur le pavé, pour que ses pieds et son corps fussent relevés à proportion. Il faut alors, quand le moment de l'opération est venu, placer en travers sur le canapé ou en long sur le brancard un matelas un peu dur, dont on replie sur elle-même une des extrémités, savoir celle qui devra supporter le bassin du patient, lequel, étant de la sorte plus relevé que le restant du tronc, permettra au calcul de se porter de préférence vers le sommet de la vessie où il est plus facile de le saisir. Un oreiller placé sous la tête tendra à la relever pour la commodité du malade. Les pieds sont appuyés sur deux chaises placées de manière à ne pas gêner le chirurgien; et les genoux, relevés par la flexion des cuisses et des jambes, sont tenus par deux aides. Il sera facile de comprendre combien cette position offre d'avantage. Outre que de la sorte la pierre se porte par son propre poids à la partie indiquée de la vessie où elle est plus facilement saisie, il arrive encore que le chirurgien, dont le corps est droit et dont les mains manœuvrent à la hauteur de l'ombilic, se trouve de fait dans la situation la plus propice pour opérer avec aisance et sans fatigue, tandis qu'avec les lits mécaniques, les bras ne pouvant être qu'horizontalement tenus, il en résultait pour le chirurgien une perte considérable de forces, qui, dans le présent cas, sont au contraire utilisées au profit de l'opération.

C'était sans doute à cause de la situation forcée à laquelle obligeaient les lits ou les tables dont on se servait que l'on considérait comme nécessaires des étaux ou des poignées de divers modèles dans le but de tenir le lithotribe plus invariablement fixé; mais, en adoptant durant l'opération la position indiquée ci-dessus, on peut envisager ces objets comme désormais inutiles ou à peu près. D'abord, avec les nouveaux brise-pierre, la simple pression opérée avec la vis latérale suffira presque toujours; et quand même il deviendrait quelquefois utile de recourir à la percussion, on pourra avec la main seule, aidée au besoin de celles d'un assistant, tenir assez fixement l'instrument pour agir en pleine sécurité par rapport à la vessie.

Relativement aux injections qu'il faut pratiquer, nous trouvons tout aussi commode, plus avantageux même peut-être, de remplacer les sondes spéciales qui avaient été imaginées dans ce but par une sonde ordinaire en gomme élastique. — Nous dirons de même qu'une seringue commune en étain, de la contenance de 150 à 180 grammes d'eau, suppléera très bien les instruments de même genre en cuivre étamé, maillechort ou argent, qui compliquent les boîtes à lithotritie et les surchargent. Mieux vaut une simplicité suffisante qu'un luxe inutile de moyens.

Il est encore une circonstance de la lithotritie pour laquelle de nombreux expédients avaient été aussi préconisés tour à tour, et surtout de nombreux instruments. Je veux parler de l'arrêt assez fréquent de quelque fragment de calcul dans l'intérieur de l'urèthre. Presque tous les opérateurs, en effet, avaient imaginé quelque modèle de pince uréthrale, de curette ou même de brise-pierre appliqué aux calculs uréthraux, afin de saisir, de broyer sur place ou d'entraîner au dehors le fragment engagé et retenu; mais l'expérience a encore démontré, quant à ce, qu'outre que ces instruments, parce qu'ils agissaient sur des parties déjà irritées par la présence d'un corps étranger, étaient d'un emploi excessivement douloureux, très difficile et souvent impossible, il était avantageux de leur préférer de simples injections d'eau tiède portées tout près du gravier par le moyen d'une sonde ouverte à ses deux extrémités, ou même l'introduction d'une algalie, afin, dans l'un et l'autre cas, de repousser le corps étranger dans le réservoir urinaire. Il est entendu que nous ne voulons parler ici que des fragments retenus plus ou moins profondément dans l'urèthre, l'extraction de ceux rapprochés du méat étant d'ordinaire bien moins difficile. — Or, quoiqu'il soit vrai de dire que ces moyens répulsifs de l'extérieur à l'intérieur soient généralement suffisants pour combattre les accidents provenant de cette suite fréquente de l'opération du broiement, on ne peut douter pourtant qu'ils ne laissent encore à désirer sous quelques rapports; car le fragment n'étant que rejeté dans la vessie, on comprend qu'il peut être reporté par les urines dans le canal, et, en y étant retenu comme la première fois, y reproduire les mêmes accidents. La solution du problème serait donc plus complète si, au lieu de repousser le corps étranger dans la vessie, on pouvait, en établissant une puissance expultrice agissant de dedans en dehors, le porter hors des voies urinaires, sans déterminer plus de douleurs et surtout en en déterminant même moins qu'en le refoulant par les injections ou par l'introduction d'une sonde. Eh bien, nous pouvons déclarer qu'il sera souvent facile d'atteindre ce résultat en recourant au procédé suivant qui nous a réussi à merveille chez deux de nos opérés.

Lorsqu'après une séance de lithotritie, le malade éprouve les symptômes qui dénotent que quelque fragment de calcul est engagé dans les parties profondes de l'urèthre, et que leur persistance faisant sérieusement craindre que les urines ne puissent l'entraîner, il devient urgent d'en débarrasser le patient, nous conseillons à celui-ci de retenir l'urine pendant un certain temps, deux ou trois heures par exemple, de boire même assez abondamment une tisane émolliente ou légèrement diurétique, ou de se mettre au bain afin d'augmenter momentanément la sécrétion urinaire. Quand ensuite nous comprenons que la vessie est fortement sollicitée à se contracter par la présence du liquide qui s'y est accumulé, nous introduisons un des forts numéros des cathéters de M. Mayor, le numéro 4 ou le numéro 5 par exemple, ou quelque bougie d'un fort calibre, jusqu'au corps étranger,

ce qui se fait assez facilement parce que l'instrument n'a pas à franchir le col de la vessie. La partie du canal qui est en avant du corps étranger étant ainsi élargie par la présence de la sonde, et le malade venant à céder au besoin d'uriner qui le presse, le fragment calculeux est vivement poussé par l'urine dont l'afflux dilate derrière lui l'urèthre et tend d'autant plus facilement à se déjeter contre la sonde que celle-ci élargit les parois uréthrales. C'est alors et en même temps qu'en retirant doucement l'instrument, il arrive que sa sortie est suivie de l'issue du corps étranger vivement entraîné par le jet urinaire. Les choses se sont du moins ainsi passées pendant les deux fois où nous avons eu recours à ce procédé, que nous croyons susceptible de beaucoup d'applications, et que nous avons été presque étonné de ne pas trouver indiqué dans les écrits que nous possédons sur la lithotritie. Nous croyons avec confiance que cette manière de faire pourra s'adjoindre avec avantage aux autres expédients connus pour débarrasser l'urèthre des fragments de calcul qui s'y sont engagés et y sont retenus.

Le ramasseur de graviers, espèce de lithotribe qui se distingue par le renflement en cuiller de son extrémité vésicale, ne nous a pas été nécessaire jusqu'à ce jour. Nous concevons pourtant que dans quelques cas il puisse être utile de s'en servir. Celui à pignon nous semble préférable aux autres. Un chirurgien de Marseille, de nos amis, est parvenu, à l'aide de ce seul ramasseur introduit vingt fois en autant de séances, à broyer et à extraire en débris un calcul dont était atteint un vieillard affecté en même temps d'un commencement de paralysie de vessie. Dans ce cas, l'instrument était retiré aussitôt que l'opérateur comprenait que la cuiller était pleine de détritus.

Il aura suffi de ce qui précède pour bien faire comprendre combien le manuel opératoire de la lithotritie s'est notablement simplifié sous le rapport instrumental. Or, en simplifiant ainsi ses moyens d'exécution, cette opération a réellement progressé dans la voie des perfectionnements et s'est attiré les sympathies de nombreux incrédules à l'article de son efficacité. Qui ne se souvient encore de cette mémorable discussion qui s'était élevée, il y a quelques années, au seuil de l'Académie royale de médecine, touchant la lithotritie et la taille, et la prééminence que devait avoir l'une ou l'autre de ces opérations du premier ordre? Parmi les savants praticiens qui prirent part à ces débats chirurgicaux, les uns, ayant sans doute à cœur de faire revivre la faveur qu'avant la découverte du broiement des calculs les siècles avaient assurée à la cystotomie, crurent devoir déclarer, sans contester toutefois l'excellence de la lithotritie, que cette opération méritait moins d'éloges qu'on ne lui en accordait généralement alors; que la grande faveur qui avait relui sur elle devait être attribuée en grande partie à la prévention et au prestige dont on avait su l'entourer, et qu'en examinant attentivement et sans idées préconçues les avantages et les inconvénients de ces deux modes opératoires, il y avait lieu de conclure, contrairement aux idées généralement reçues, que la lithotrie, quoique constituant une heureuse découverte, n'en restait pas moins, comparée à la cystotomie, une méthode simplement exceptionnelle. Les autres, plus admirateurs de la nouvelle opération, prirent énergiquement la défense de la lithotritie qui leur paraissait attaquée, s'élevèrent avec force contre les impressions de défaveur qu'ils croyaient qu'on voulait bien faire rejaillir sur elle, ajoutant que le temps l'enrichirait de perfectionnements qui lui manquaient encore. Or, l'intervalle de temps qui s'est depuis écoulé a heureusement démontré que les espérances de ces derniers n'avaient pas été déçues; et en vérité le chiffre des statistiques, dont alors on se faisait fort pour désillusionner de la lithotritie, lui serait bien autrement avantageux aujourd'hui. Il est même à peu près certain que si des débats pareils devaient s'ouvrir de nos jours, ce serait d'un commun accord que les chirurgiens proclameraient la lithotritie la méthode générale de traitement des affections calculeuses de la vessie, la taille devant être seulement réservée pour les cas plus rares où la première ne saurait convenir. Mais le nombre de ces cas sera de moins en moins commun à mesure que l'on se familiarisera davantage avec la lithotritie. Quand, en effet, les chirurgiens des provinces seront plus accoutumés qu'ils ne le sont encore au jeu des brise-pierre; quand les malades calculeux sauront bien qu'en s'y prenant de bonne heure et en n'attendant pas que leur infirmité devienne trop ancienne et procrée des complications fâcheuses, ils pourront être assez facilement guéris sans recourir à l'opération sanglante de la taille; nul doute que les uns et les autres ne pensent de bonne heure à la lithotritie qui, s'appliquant alors dans des conditions favorables, sera d'une grande innocuité.

Après ces quelques considérations que j'ai cru utile d'émettre, je vais exposer le récit de cinq observations de lithotritie que j'ai eu occasion de pratiquer, et qui résument les principales circonstances que l'on peut rencontrer dans la pratique de cette opération.

Obs. 1.—Calcul vésical très dur.—Irritabilité de la vessie très marquée.—Cinq séances de lithotritie.—Guérison.

M Lyon, d'Aix, âgé de soixante-six ans, présentait depuis plus d'une année les symptômes les plus manifestes d'une affection calculeuse, quand il vint me consulter, en mars 1838. Quelque temps auparavant, il avait été soumis à des tentatives infructueuses de lithotritie par un chirurgien qui avait enfin cru devoir y renoncer pour conseiller la taille.

Comme le malade, qui avait une indicible aversion pour la taille, voulait savoir de moi si en réalité son état devait l'exclure irrévocablement du bénéfice de la lithotritie, je dus mettre la plus grande prudence à l'examen de cette question. Considérant

pourtant que le canal permettait facilement l'introduction du lithotribe, que le calcul ne paraissait pas trop volumineux, etc., j'inclinai facilement pour l'opération du broiement, malgré l'état réellement maladif de la vessie. Celle-ci était, en effet, d'une irritabilité extrême; le malade était obligé d'uriner très fréquemment, savoir tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, et les urines étaient catarrhales. Il y avait lieu de penser que la vessie était un peu hypertrophiée. C'étaient ces même conditions défavorables, jointes à certaines difficultés éprouvées pour l'introduction d'un lithotribe, qui avaient fait renoncer au broiement. Mais il me parut qu'avec des soins préparatoires bien ménagés, cet organe pourrait être mis dans des conditions suffisamment favorables. Mon opinion s'étant, du reste, accordée avec celle de plusieurs médecins de Marseille qui furent consultés par le malade, celui-ci se rendit de bon cœur à la lithotritie que nous lui avions proposée. En effet, sur la fin d'avril, je commencai l'usage des préparatifs de l'opération.

Des bains tièdes, des boissons mucilagineuses furent d'abord employés; un peu plus tard, je pratiquai des injections intra-vésicales émollientes et légèrement narcotiques, faites doucement et à petit jet. J'eus même recours, afin de mieux combattre l'irritabilité vésicale, à la sonde à double courant montée de son tuyau d'ajoutage, pour pouvoir ainsi modérer plus convenablement, à l'aide du robinet du tuyau, le jet du liquide injecté, et mieux accoutumer encore la vessie à se laisser peu à peu remplir ou distendre. Cet expédient me fut effectivement très favorable, et en moins d'un mois j'eus ainsi amené la vessie à contenir et à conserver pendant quelques minutes seulement cent cinquante grammes environ d'injection. Je n'attendis pas plus longtemps pour commencer l'opération.

La première séance eut lieu le 28 mai. Le malade fut disposé ainsi qu'il a été indiqué précédemment. La vessie ayant été alors modérément et doucement distendue, je procédai immédiatement à l'introduction du brise-pierre. Le calcul fut saisi et brisé en partie: il nous parut avoir le volume d'une grosse noix. Comme la frayeur faisait exagérer au malade les douleurs, légères pourtant, qu'il ressentait je ne prolongeai pas la séance.

Cette première épreuve ne s'étant pas accompagnée de fièvre, n'ayant même pas nécessité le séjour au lit et ayant été suivie de l'expulsion de débris calculeux, le malade fut rassuré et mieux disposé à se prêter aux séances consécutives.

La seconde tentative de broiement eut lieu le 31 mai et dura quelques minutes: elle fut encore efficace et s'accompagna de l'issue de nombreux débris.

Le 4 mai, m'étant encore rendu auprès du malade pour continuer l'opération, je m'aperçus d'un commencement d'orchite du côté droit, où se trouvait déjà existant un varicocèle ancien et volumineux. L'engorgement testiculaire, que je crus devoir attribuer à l'absence d'un suspensoir qui aurait dû être porté, et à un peu trop d'exercice que le malade s'était permis, fit quelques progrès et se termina ensuite par résolution. Et soit à cause du repos que cet accident fit prendre au malade, soit à cause des boissons adoucissantes dont il fit usage, comme aussi sans doute à cause du moindre volume de son calcul en partie broyé, le malade se trouva bien soulagé du côté de la vessie. Ses urines étaient devenues beaucoup plus claires et ne contenaient presque plus de mucosités. Toutefois nous laissâmes passer un mois sans reprendre l'opération, pour n'être plus exposé au retour de l'orchite.

Trois autres séances plus prolongées que les premières et qu'aucun accident n'accompagna terminèrent la trituration de cette pierre qui était assez volumineuse.—Cet opéré est encore plein de vie et de santé, et le long intervalle de temps qui nous sépare de l'époque de l'opération n'a servi qu'à confirmer la certitude d'une guérison complète.

Dans cette circonstance, nous appliquâmes la lithotritie à un cas de maladie calculeuse que d'autres opérateurs avaient cru ne devoir attaquer en dernier résultat que par la taille; et cependant lorsque, après des soins préparatoires convenables, nous eûmes atténué l'état excessivement irritatif de la vessie, nous pûmes, en cinq séances, réduire en détritus, qui fut expulsé entièrement par les urines, une pierre assez grosse et d'une dureté assez considérable.

Ce fut la première opération de lithotritie pratiquée dans Aix.

Obs. 2. — Calcul vésical.—Vessie peu malade.—Guérison en une seule séance de lithrotritie.

Le 19 novembre 1840, je reçus la visite de M. de B... aîné, de Noves (Bouches-du-Rhône), alors âgé de soixante-dix ans, qui venait m'annoncer que son frère, chez lequel j'avais constaté, deux mois auparavant, la présence d'un calcul vésical, était arrivé à sa campagne près d'Aix avec l'intention de se confier à mes soins. Mais en même temps il m'exposa ses craintes d'être lui aussi atteint de la pierre, parce qu'il éprouvait des symptômes analogues à ceux de son frère. Ainsi le besoin d'uriner se faisait sentir plus souvent que dans l'état ordinaire, et il était obligé de le satisfaire. Une certaine douleur sourde existait vers l'hypogastre, derrière le pubis, de même qu'un sentiment de pesanteur du côté du fondement, surtout en urinant. Une certaine cuisson à l'extrémité du gland accompagnait l'éjection des dernières gouttes; le jet d'urine était aussi quelquefois interrompu tout-à-coup sans que la vessie fût entièrement désemplie, et, par une marche un peu longue, ce liquide devenait sanguinolent. M. de B. ajoutait que, quelque temps auparavant, il avait rendu un petit calcul du volume d'un gros pois.

Bien que cet exposé me fît considérer les craintes du consultant comme assez fondées, j'ajournai un jugement définitif, à ce sujet, à l'exploration de la vessie avec une sonde métallique. Ce fut deux jours

après, effectivement, que, m'étant rendu à sa campagne, à deux lieues d'Aix, je pratiquai le cathétérisme, et reconnus la présence d'une pierre vésicale. Je pus m'assurer encore, par la même exploration, que la vessie était saine, que le canal était peu irritable et libre de toute coarctation, car le cathétérisme n'était que peu douloureux, et l'urine était belle, peu chargée de mucosités. — C'était le 21 novembre 1840.

Le 23 novembre, je retourne chez M. de B... Quoique fort incertain si je commencerais ce jour-là même l'opération, je m'étais pourtant muni d'un lithotribe. Voyant que le numéro 4 des sondes de Mayor avait franchi sans trop de peine le canal, je fis, avant de retirer le cathéter, une injection d'eau tiède, et immédiatement après j'introduisis le brise-pierre. Le calcul parut avoir le volume d'une petite noix, fut facilement saisi et le broiement aussitôt commencé. Profitant alors des conditions favorables où se trouvait la vessie, et de la facilité avec laquelle nos manœuvres prudemment combinées saisissaient les fragments, je prolongeai la séance un peu plus longtemps qu'on ne le fait généralement.

Le malade, malgré cette circonstance, ne se trouva pas sensiblement fatigué, et, bien que je lui eusse recommandé par précaution de se mettre au lit et de prendre un bain, il n'en fit rien, ne sentant pas à cause de son état satisfaisant l'importance de ce précepte. — Toute la journée se passa bien; les premières urines étaient à peine colorées, elles picotaient légèrement le canal. Quelques débris furent rendus. — Mais, la nuit et le lendemain, l'opéré se sentit un peu fatigué, en ce sens que le passage de l'urine produisait plus d'irritation que la veille et un peu plus de constriction également; il y avait aussi un léger mouvement fébrile. Mais un bain ce jour-là et un autre le lendemain dissipèrent entièrement cet état. Dès lors les débris du calcul sortirent plus aisément et plus nombreux.

Le 2 décembre, après avoir au préalable fait une nouvelle injection dans la vessie, j'introduisis l'instrument, ne pensant pas que tout eût été encore broyé. Mais reconnaissant, après l'avoir ouvert plusieurs fois, qu'il ne s'y était rien introduit, je m'en servis pour explorer légèrement la vessie, comme je l'aurais fait avec une sonde. Rien ne s'étant présenté à l'instrument, j'en augurai que tout pourrait bien être fini. Effectivement, ayant revu le malade le 12 décembre, celui-ci me déclara qu'il éprouvait un soulagement complet du côté de la vessie. Pour ma satisfaction toutefois et plus encore pour celle du malade, j'en vins à une nouvelle exploration avec la sonde métallique que je promenai dans tous les sens avec les ménagements convenables, et je pus ainsi acquérir la certitude que la vessie était totalement libérée. — Le bien-être qu'a depuis lors éprouvé le malade, l'absence entière de tout autre symptôme de calcul vésical, ont amplement démontré que la guérison avait été aussi complète que possible.

Nota. — La destruction en une seule séance d'un calcul dont nous avions justement évalué le volume à celui d'une noix, et cela sans autre incommodité immédiate qu'un peu d'irritation uréthro-vésicale, que la précaution d'un bain aurait peut-être fait éviter, sans qu'il eût été précisément nécessaire de garder le lit, n'est-ce pas là un résultat bien propre à faire apprécier l'excellence de la lithotritie? Quand on pense que ce sujet, sans le bénéfice de la nouvelle opération, aurait été inévitablement exposé à cette époque ou plus tard aux chances de la taille, alors que soixante-dix années pesaient déjà sur lui, et que par le nouveau mode de traitement il a été si facilement délivré de son calcul, ne doit-on pas applaudir à la découverte de l'opération qui peut donner d'aussi beaux résultats? Quoique même l'on n'ait pas toujours le bonheur, car c'en est un, de rencontrer l'affection calculeuse débarrassée de toute complication, comme dans le cas dont il s'agit, on sait bien qu'elle devient encore souvent praticable, et qu'avec du temps et de la patience on peut le plus souvent triompher des obstacles qui surgissent. Ainsi en a-t-il été chez le frère de l'opéré dont je viens de raconter l'observation.

(*La suite au prochain n°.*)

PAYAN (d'Aix) D. M.,
chirurgien en chef à l'hôpital civil et militaire d'Aix.

MÉDECINE NAVALE.

VIII. Des traversées et des croisières.

Dire que le médecin devra approprier sa thérapeutique aux circonstances dans lesquelles il va se trouver, c'est répéter ce que chacun doit savoir déjà, et il est moins important que jamais d'énoncer ces préceptes, maintenant qu'un éclectisme éclairé semble vouloir remplacer partout l'esprit de système qui a si longtemps dominé dans les écoles.

Ici je renverrai, comme je l'ai déjà fait ailleurs, à l'ouvrage de M. Forget; on trouvera, dans ses généralités surtout, des indications capables de guider le jeune médecin dans une position où tant de choses nouvelles vont lui apparaître. Pour moi, je veux seulement appeler l'attention sur un point qui m'a paru d'une importance capitale, la longueur des voyages et par suite l'état de santé des équipages aux diverses époques de ces voyages. Je me trouverai naturellement amené à parler du scorbut, non pas pour en faire la nosographie complète, cette tâche est en dehors du cadre que je me suis tracé, mais seulement considéré comme diathèse, comme complication, cause ou effet des autres maladies. Que si le scorbut se déclare à bord d'un navire après un ou deux mois de mer, je pense qu'il en faut chercher la cause ailleurs que dans la navigation elle-même : pourront alors en être accusés l'inobservance des préceptes d'hygiène, la mauvaise qualité des aliments, l'encombrement, le voisinage d'un pays malsain, humide, etc., etc.; mais qu'après sept ou huit mois d'une croisière où la santé s'est mainte-

nue dans un état satisfaisant, on cherche ailleurs que dans le temps passé à la mer la cause de cette terrible maladie, je crois que c'est une erreur grave et qui peut devenir funeste, en ce qu'elle peut faire perdre, au large, un temps précieux à tenter une guérison qu'on ne pourra procurer qu'à terre.

Pourquoi la santé de l'homme ne se conserve-t-elle plus sur mer après un certain temps? pourquoi, après un séjour trop prolongé dans l'atmosphère la plus pure qu'on connaisse, la vie est-elle en danger? pourquoi finit-on par mourir de faim au milieu d'aliments qui naguère suffisaient aux besoins de nutrition? Qu'est-ce enfin que le scorbut? peut-on guérir cette maladie à la mer? Toutes ces questions sont d'une importance majeure, et leur solution est peut-être impossible. Au milieu des réflexions qu'elles m'ont inspirées, une grande vérité m'a frappé, et je crois la devoir formuler, parce que des conséquences pratiques en découlent. Malgré toutes les précautions hygiéniques, en dehors de toute influence du voisinage d'un pays malsain, sans encombrement, sans maladies préalables, le scorbut se déclare à la mer, quand l'homme y reste un certain temps. Il y attaque toutes les constitutions en se modifiant selon leur nature. Affectant le plus souvent la marche chronique, il peut cependant avoir la rapidité des maladies les plus aiguës. Couvé par quelques hommes, il se déclare chez eux à l'occasion d'une affection étrangère. Certaines constitutions y prédisposent, la lymphatique, par exemple; certaines maladies, comme la syphilis, les fièvres graves, en accélèrent, plus que d'autres, l'invasion. La cause en est-elle seulement dans le défaut d'une nourriture variée? ou bien existe-t-il dans l'atmosphère terrestre certains fluides subtils, échappant à toutes nos investigations, et dont l'aspiration par nos surfaces absorbantes soit indispensable à l'entretien de la vie? Et cette variété immense de sensations frappant les organes de leurs vibrations simultanées ou alternatives, et cette variété de jouissances fournissant sans cesse un aliment nouveau à tous nos appétits, tout cela n'est-il pas nécessaire, indispensable même à la vie? leur privation n'est-elle pas une cause de maladie et de mort? Parmi ces causes peu ou point appréciables, ne pourrait-on pas ranger l'état électrique de l'atmosphère maritime? L'évaporation à la mer produit sans doute de l'électricité; mais cette cause de production étant la seule doit répandre un seul des fluides, aussi n'y a-t-il jamais d'orages au large; si le voisinage de certaines côtes, celle du Brésil par exemple, est si souvent le théâtre de ces phénomènes terribles, on le doit sans doute en grande partie au fluide produit à terre où abondent tant de causes diverses de production. Quand le scorbutique aperçoit la terre, ses forces semblent se réveiller; quand l'odeur des plantes, des fleurs, vient frapper ses sens, il se ranime, il se relève, un besoin invincible de mouvement le pénètre, une commotion électrique semble l'avoir revivifié, il sent qu'il va renaître; quelquefois cette secousse, trop forte pour sa constitution presque anéantie, lui devient funeste, il voit la vie qui se déroule devant lui dans un amphithéâtre luxuriant de végétation, il fait effort pour la ressaisir, pour aspirer ses parfums; mais, trop faible, il retombe et meurt, tout près d'atteindre la terre, objet constant de tous ses désirs.

Dans un voyage ordinaire, durant de vingt-quatre à trente mois, il n'est pas rare de n'avoir que trois ou quatre relâches, comprenant en tout cinq à six semaines. Quelquefois, lorsque le voyage est moins long, on touche la terre une seule fois, on cite même des navires revenus avec leur entier chargement après dix ou onze mois de campagne sans relâche aucune; hâtons-nous de dire que ces voyages si heureux ne se voient plus maintenant que les baleines ont été refoulées dans des parages très éloignés.

Une fois en mer, quand une dizaine de jours ont amariné l'équipage et épuisé toutes les provisions fraîches, les vénériens et les galeux se décèlent. On commence toujours ainsi son exercice, et quelquefois on a à soigner un quart ou un tiers de l'équipage. Après chaque relâche, les mêmes accidents reparaîtront et le nombre des malades sera toujours en raison du temps passé à terre et de la dissolution des mœurs du pays qu'on aura visité; mais, de toutes ces maladies vénériennes, beaucoup ne sont pas syphilitiques et cèdent à huit ou dix jours de traitement; celles qui attaquent la constitution ne guérissent qu'un peu plus tard; quelques-unes sont même très rebelles. Cependant, après un mois ou six semaines de traversée, on cesse ordinairement d'avoir des malades, surtout si l'on navigue dans les climats tempérés. L'équipage étant nombreux, les travaux sont peu pénibles; les danses, les jeux divers, de bâton, d'escrime, charment les loisirs du matelot et contribuent à entretenir sa santé et sa bonne humeur. Les anecdotes sur le dernier séjour à terre sont intarissables. Le régime alimentaire, sans être très bon, suffit amplement; la viande salée, unie aux pommes de terre, à l'ognon, à l'ail, semble plus appétissante que de la viande fraîche. C'est là le meilleur temps de la navigation : gaîté, force, courage, tout se trouve réuni chez l'homme de mer. Les excès qu'il a faits à terre et qui avaient d'abord fortement ébranlé son organisation ont contribué eux-mêmes, après les premières semaines d'une vie régulière, à accroître sa vigueur et son bien-être. L'air pur de la haute mer se répand dans sa large poitrine; il respire à pleins poumons; sa face est colorée; ses membres sont souples; il éprouve le besoin de dépenser des forces, et quand les travaux de la journée sont finis, les jeux se ressentent de cette surabondance de vitalité; il saute, il court, il lutte, il appelle la fatigue : la santé l'inonde. Semblable à l'étalon au printemps, sa tête se dresse, ses mouvements sont brusques, saccadés; il rêve tous les plaisirs, et son imagination, fortement excitée,

supplée à ceux que ses désirs appellent vainement. Si par hasard quelques maladies se présentent dans cette période, elles seront toutes inflammatoires et les émissions sanguines ne devront pas être ménagées. Si le bâtiment, au lieu de naviguer dans une belle mer par un ciel pur et une douce température, était noyé dans une atmosphère humide, sous une température extrême, au milieu de brumes épaisses et de coups de vent sans cesse renaissants, les affections s'accompagneraient plus ordinairement d'un état saburral de l'estomac. Les purgatifs seraient alors les médicaments indiqués. Cependant la santé n'en sera pas moins généralement bonne. Mais le temps passe, cinq mois se sont écoulés depuis le départ; les provisions de campagne plus rares, moins variées, flattent moins le goût, soit parce qu'elles perdent réellement de leurs qualités, soit que leur constant usage suffise pour amener la satiété. L'extrême rareté ou l'absence des pommes de terre inspirent surtout des regrets bien légitimes. Le matelot commence à désirer un point stable où il puisse échapper au roulis qui le ballotte continuellement, des émotions nouvelles, de nouveaux plaisirs, de nouveaux thèmes à sa loquacité habituelle. Sa gaîté diminue, ses jeux commencent à le fatiguer, il s'ennuie d'entendre l'intarissable bavard qui répète la même anecdote pour la millième fois, et ses heures de repos il les passe couché sur le pont ou assis sur le gaillard, s'inquiétant de la marche du navire, de sa direction; un besoin instinctif l'appelle vers la terre et il se réjouit quand le navire s'en approche; il devient sombre quand le cap est au large. Déjà il se hâte moins de terminer ses travaux; l'heure du repos n'annonce plus celle des plaisirs; il ne demande qu'à passer vite le temps qui le sépare encore de la relâche; il comptera les jours qu'il lui faut encore passer à la mer. A cette époque, on observe principalement des affections du tube digestif avec réaction cérébrale, et contre lesquelles, après les purgatifs, les toniques, les conserves d'Appert, les confitures, le vin seront tout puissants; on se gardera bien des émissions sanguines, on priverait l'économie de forces qui s'affaissent tous les jours et ne pourraient plus se réparer. Il faut économiser une vie dont la source se tarit; le pouls est déjà moins plein, le sang est moins plastique, les muscles moins fermes, le tissu cellulaire plus lâche; la peau moins tendue et moins lisse présente par places la modification connue sous le nom de chair de poule; l'équilibre entre la dépense et la nutrition est détruit; l'homme souffre. Plusieurs manquent de tabac et fument de vieilles chiques perdues d'abord dans les cabanes et recherchées ensuite avec un grand soin; d'autres chiquent la poche qui a renfermé ce précieux passe-temps, d'autres chiquent de l'étoupe. Six mois de mer ont épuisé les provisions particulières qui devaient durer un an; quelques gousses d'ail perdues dans le fond des coffres sont employées avec parcimonie par l'heureux propriétaire que le sentiment de la conservation rend pour la première fois égoïste. Déjà de jeunes novices à fibres molles, au tempérament lymphatique, aux cheveux blonds, à la peau blanche, ont fortement pâli; leur courage diminue tous les jours; cette campagne, leur coup d'essai dans cette aventureuse carrière, qui leur offrait tant de charmes il y a deux mois, leur est insupportable maintenant; ils marchent lentement, ne montent qu'avec peine au haut des mâts, restent insensibles aux reproches et aux mauvais traitements. Leur langue, si déliée naguère, reste collée à leur palais. Ils sont mornes, taciturnes, ont le regard fixe, interrogent sans cesse pour savoir si l'on ira bientôt à terre; c'est là le seul objet de leurs désirs; il leur faut la terre, ou ils sentent qu'ils vont mourir. La peur de la mort les décourage encore, les abat plus que jamais; mais l'idée de résister ne leur vient pas. Qu'un gros temps survienne, que le navire soit en danger, et ils ne s'émouvront pas pour courir à la manœuvre, il faudra les contraindre au travail, eux pour qui le travail était une fête. Les repas leur sont un nouveau supplice; leur bouche est rouge et sensible, leurs gencives gonflées s'éloignent des dents qui remuent et semblent s'allonger; leur haleine est chaude et fétide, le biscuit les écorche et les fait saigner; ils le tournent vainement dans leur bouche pour le ramollir, ils ne peuvent l'écraser; la viande salée en s'introduisant entre leurs dents semble les déchausser encore; ils sont réduits à la panade et au biscuit ramolli dans le thé. Déjà l'homme fort, chez qui l'usage constant de la chique a durci la gencive et a préservé la bouche du ramollissement en la rendant insensible à tout jamais, a ressenti aussi l'atteinte de la maladie qui abat le jeune novice; vainement il mange le lard salé que son camarade abandonne, vainement le biscuit se casse et s'émiette sous ses dents naturellement solides quoique jaunes et déchaussées; sa souplesse de membres l'abandonne, il souffre dans les jarrets, il a renoncé à sa danse bretonne, son dos s'est arqué et de petites taches pétéchiales ont fait irruption sur ses mollets; il marche encore, mais il fait effort pour marcher, il se gourmande lui-même. Lui vieux loup de mer au teint bruni, à la face garnie de poils durs jusqu'aux yeux, lui qui n'eut jamais d'autre maladie que la vérole qu'il soigna à peine, lui qui eût affronté tous les périls, bravé toutes les fureurs de la mer, qui ne savait que résister aux efforts des éléments, le voilà qui s'affaisse sous son propre poids; ses jambes sont fléchies; des ecchymoses apparaissent sous la peau; de vieilles cicatrices rougissent et menacent de s'ouvrir; des indurations sous-cutanées rappellent d'anciennes contusions; il a perdu le sommeil; lui aussi il aspire après la terre. Lui qui la laissa si dédaigneusement, qui lui dit si volontiers adieu, qui ne connaît de patrie que la mer, le voilà qui renie sa patrie d'adoption. C'est la terre qu'il appelle de ses vœux; car la terre, c'est la vie; la mer, c'est la mort. Attendons! attendons! un mois encore s'écoule; huit mois

de mer, pas de vivres frais, pas de navire en vue, pas de terre; la moitié de l'équipage est sur les cadres, les gencives se gonflent au point d'ensevelir les dents au milieu de leurs productions morbides et de tenir constamment la bouche ouverte; des hémorrhagies d'abord rares et peu abondantes se répètent maintenant plusieurs fois par jour et laissent écouler un liquide rosé et d'où la fibrine semble disparaître, quelquefois un sang noir comme du goudron. De fréquentes lipothymies succèdent à ces pertes de sang; le malade étendu sur le côté, les membres invinciblement fléchis, ne peut être remué sans ressentir d'atroces douleurs; si on veut le porter sur le pont, afin qu'il jouisse au moins de l'influence bienfaisante du soleil, il s'y refuse, et, entraîné à son grand regret par ses camarades, il commence par y éprouver une défaillance. Les ecchymoses s'écartent sur la totalité des membres, toutes les articulations se raidissent et arrivent au dernier degré de flexion; de violentes palpitations menacent d'une suffocation imminente. Qu'à cette époque souffle un coup de vent, qu'on ne puisse monter les malades sur le pont, que les lames en déferlant sur le navire obligent de tenir les écoutilles fermées, que l'atmosphère du poste ne puisse se renouveler qu'avec peine, et bientôt l'odeur d'un cadavre viendra s'ajouter aux émanations délétères dont chaque malade, augmentant lui-même la dangereuse accumulation, ressent ensuite l'influence mortelle. La mort a mis le pied dans ce séjour de souffrances, elle a pris sa première proie sans bruit; le moribond s'était endormi, il est mort! il s'est éteint sans efforts, sans pousser un soupir. Que de victimes nouvelles vont suivre rapidement cette première victime! Une terreur panique accélère la dissolution du corps et glace l'âme d'effroi. L'agonisant en regardant la place du mort se dit : Ce sera mon tour bientôt; et, en effet, de nouvelles défaillances surviennent et une dernière n'est plus suivie de nouvelles douleurs. Encore une vie éteinte. Mais le temps se calme, la mer tombe, on fait route vers la terre. Ceux des matelots qui peuvent lever les jambes se traînent tout courbés pour hâler sur les manœuvres, ils rampent encore sur les vergues pour larguer les voiles. Un rayon d'espoir se glisse au milieu de douleurs sans nombre; on a promis la terre et l'on tente un dernier effort pour y parvenir; hélas! aura-t-on le temps de la voir? ira-t-on jusque là? Bientôt un navire est signalé, c'est du secours, il vient d'un port; il cède quelques légumes, de la viande fraîche, des fruits, des oranges et surtout des pommes de terre. Chaque malade reçoit une faible ration de bouillon, de viande, de légumes. Chacun doit manger plusieurs pommes de terre crues par jour. On applique la pulpe fraîche de cette plante bienfaisante sur les engorgements les plus douloureux, et les progrès du mal s'arrêtent; on dit même que quelques scorbutiques ont guéri en pleine mer par ce seul moyen; je ne pense pas que dans ce cas la maladie fût arrivée au degré de gravité qu'elle peut atteindre; je crois, par exemple, qu'il est impossible de guérir le scorbut à bord quand déjà plusieurs malades ont succombé. Ce que j'ai vu, moi, c'est le mal s'arrêter pendant une quinzaine de jours et permettre de gagner la terre sans s'aggraver sensiblement. Souvent le malade ne peut se décider à mordre dans la pomme de terre, ses dents si douloureuses et si mobiles lui refusent ce service; on la réduit alors en pulpe qu'on introduit doucement entre les gencives engorgées, on recommande de la garder longtemps dans la bouche et puis de l'avaler.

Enfin on voit la terre, et cette vue bienheureuse ranime un peu les malades parmi lesquels cependant de nouvelles victimes succombent encore; ces dernières catastrophes ne doivent-elles être attribuées qu'à l'émotion violente, ou doit-on aussi en accuser la modification physique du milieu dans lequel on se trouve plongé en approchant de la côte? Je l'ignore. Pour que, du reste, la transition soit moins subite, et par suite l'influence moins funeste, on redouble de précautions; le médecin et les officiers qu'une nourriture plus variée, qu'un travail moins fatigant ont préservés jusqu'ici de toute la gravité des symptômes, encouragent les malades, les apportent doucement sur le pont, leur montrent la terre, leur promettent un prompt débarquement, les installent par anticipation dans le point le plus attrayant du paysage; et souvent un sourire effleure des lèvres mourantes. Cependant on ne les transporte à terre qu'un jour ou deux après le mouillage, quand l'exaltation causée par l'arrivée est un peu calmée; une fois là, le lait, les végétaux frais, les volailles, les grands bains, l'habitation dans un local chaud et aéré sont les seuls moyens employés, et ils sont toujours suivis d'un succès complet. Le mieux ne se déclare souvent qu'au bout de trois ou quatre jours; mais, une fois qu'une semaine s'est écoulée, les malades s'échappent de l'hôpital; leurs membres s'assouplissent, peu à peu leurs gencives se resserrent, leur appétit devient insatiable, et, chose étonnante, les excès d'alimentation sont rarement suivis d'accidents. Je suis arrivé, en décembre 1839, à San-Carlos de Chiloé (Chili) avec trente scorbutiques, sur lesquels vingt étaient exactement mourants, et un mois après l'équipage était dans l'état de santé le plus florissant.

Le scorbut est donc un état asthénique de toute l'économie survenant nécessairement après un certain séjour en mer, faisant passer successivement le malade par tous les degrés de faiblesse et le conduisant jusqu'à la dissolution générale et à la mort. La cause immédiate est une nutrition insuffisante, due elle-même au défaut d'alimentation variée. Puis viennent, comme causes secondaires, les travaux excessifs, l'exposition à une température extrême secondée surtout de l'humidité, la malpropreté, la mauvaise préparation des aliments, leur emploi irrégulier, comme des excès d'eau-de-vie après une privation com-

plète, les passions tristes, les maladies antérieures et la nature des constitutions. Mais la cause première, cause à laquelle il est impossible de se soustraire, c'est le séjour prolongé loin des côtes et par conséquent en dehors de toutes leurs influences morbides. Si on objecte à l'existence de cette cause la résistance plus grande opposée à la maladie par les officiers, je dirai que c'est sur leur état même que je m'appuie pour prouver la généralité de l'action de cette cause. En effet, l'officier, mieux nourri, mieux vêtu, moins accablé de travail que le matelot, résiste plus longtemps que lui, mais il succombe cependant; et quand on relâche après huit ou neuf mois de mer, tout le monde est malade; il n'y a de différence que dans la gravité de la maladie. Que si maintenant on me faisait la question suivante : Un équipage que l'on mettrait dans toutes les conditions hygiéniques les plus favorables à la santé, que l'on nourrirait d'aliments variés et à qui surtout on procurerait toujours des vivres frais, de natures diverses, pourrait-il conserver indéfiniment la santé à la mer? ma réponse est connue d'avance : Je ne le crois pas. Il est du reste difficile de s'appuyer sur des faits certains pour soutenir l'une ou l'autre opinion ; je ne sache pas qu'un navire de guerre soit resté plus de sept à huit mois à la mer sans relâcher, et une relâche de quelques jours suffit pour rafraîchir l'équipage au point de lui permettre de reprendre la mer pour plusieurs mois encore sans inconvénient. Cherchons donc des exemples parmi les navires de commerce : on cite quelques navires baleiniers qui n'ont pas eu une seule relâche pendant un voyage de dix à douze mois et qui ont entretenu la santé des équipages au moyen des pommes de terre conservées avec soin, et que des communications avec d'autres navires leur permirent de renouveler; mais est-il bien vrai que ces navires n'aient pas touché dans quelques baies sauvages où ils ont ressenti l'influence de la terre, où ils ont usé de quelques végétaux, où ils ont employé quelques jours de loisir à la pêche et à la chasse. Dans l'Océanie, où se fait la pêche du cachalot, et ce sont surtout les cachalotiers qui restent longtemps dehors, les îles fourmillent partout : sur l'une on trouve des cocos, sur l'autre la racine de fougère comestible, le taro, etc. Quand le navire rentre au port d'armement, le capitaine déclare n'avoir relâché nulle part, parce qu'il n'a acheté aucune provision, et on répète que le voyage s'est fait sans relâche.

Ainsi, pour me résumer, je terminerai par les propositions suivantes :

1° On ne peut vivre à la mer indéfiniment, quelles que soient toutes les conditions de vie dont on s'entoure.

2° Avec la nourriture donnée ordinairement aux équipages, et se composant de viandes salées, de biscuits et de pommes de terre devant durer pendant cinq ou six mois, on pourra tenir la mer pendant sept à huit mois; mais si un capitaine s'obstine à rester davantage, il est coupable des morts qui surviennent.

3° S'il était possible de conserver les légumes et principalement les pommes de terre, on pourrait sans inconvénient prolonger son séjour en mer de quelques mois.

4° Une relâche de huit ou dix jours, après une croisière de six mois, suffit pour permettre d'en reprendre une autre qui pourra être aussi longue, surtout si l'équipage est allé souvent à terre, a fait quelques excès de nourriture, et si on embarque beaucoup de provisions fraîches.

5° Le médecin devra modifier sa thérapeutique selon l'époque plus ou moins éloignée du départ.

6° La diathèse scorbutique, nulle à peu près dans les quatre premiers mois de séjour à la mer, se développe assez lentement dans le cinquième, marche plus vite dans le sixième, très rapidement dans le septième, et devient mortelle au huitième ou au moins au neuvième mois.

7° La seule condition de guérison est le retour vers la terre.

8° Les médicaments de quelque nature qu'ils soient sont tous inutiles.

9° Les vivres frais et surtout les pommes de terre entravent la marche des symptômes à la mer et amènent une guérison prompte à terre.

10° Enfin l'usage modéré du tabac, en endurcissant le tissu gencival, éloigne l'époque du ramollissement des gencives et des hémorrhagies buccales.

Je ne veux pas quitter ce sujet sans dire deux mots d'un préjugé qui a souvent été funeste aux scorbutiques, la croyance à la contagion. Les matelots, quoi qu'on leur dise et qu'on fasse pour leur prouver que cette maladie n'est qu'épidémique, croient cependant à sa contagion et cherchent à s'isoler de ceux qui en sont affectés; de là un abandon quelquefois bien fâcheux pour ces malheureux; mais doit-on se récrier contre les précautions prises pour ne pas boire dans le même vase que celui dont les gencives gonflées laissent échapper une sanie purulente et infecte? je ne le crois pas : l'état des gencives ne constitue pas la maladie, mais il est un accident qui l'aggrave singulièrement. Il arrive souvent qu'un scorbutique dont les gencives sont restées jusque-là intactes s'écorche avec son ongle, un couteau ou du biscuit, et voilà que ses gencives saignent et se tuméfient. Deux jours après sa bouche est perdue. Pourquoi le contact du pus de gencives malades ne déterminerait-il pas l'invasion de ce symptôme aussi bien qu'une simple écorchure?

Un fait, entre autres, m'a rendu partisan de toute espèce de précautions : nous avions six mois de mer ; déjà une douzaine de scorbutiques se traînaient difficilement sur le pont, quand un matelot vint me prier de lui extraire une dent; je refusai d'abord, ne voulant pas irriter ses gencives; il insista, revint à plusieurs reprises, me fit remarquer sa bonne

santé, sa force, et fit tant que je lui enlevai sa dent. Huit jours après il était le plus malade du bord. Toute sa mâchoire laissait échapper presque continuellement un sang filant, albumineux et décoloré. Un mois plus tard, quand nous arrivâmes à terre, il n'avait peut-être plus trois jours à vivre.

THIERCELIN, D. M.,
Ancien chirurgien du navire *la Ville de Bordeaux*, médecin de l'hôpital de Meung-sur-Loire.

MALADIES DES FEMMES.

VIII. Kyste pileux de l'ovaire droit, guéri radicalement par l'incision, après divers accidents.

Parmi les nombreux et intéressants états pathologiques que les études nécroscopiques ont fait découvrir dans les ovaires, il en est un qui, par sa singularité, par sa fréquence, et par l'impossibilité où l'on est encore d'en expliquer d'une manière satisfaisante la cause prochaine ou immédiate, mérite bien d'appeler l'attention du physiologiste, du pathologiste et du praticien.

Je veux parler des kystes pileux des ovaires, ainsi qu'on appelle généralement cette affection aujourd'hui connue plus particulièrement sous le rapport anatomo-pathologique. Ces sortes de tumeurs ne sont pas rares dans les annales de la science : on en trouve des cas nombreux dans les écrits de Gaspard Bauhin, Fabrice de Hilden, Sennert, Grégoire Hortius, Jean Rhodius, Théophile Bonnet, Wepfer, Murray, Schacher, Treviranus, Meckel, Duverney, Saviart, Lauverjeat, Baillie, Baudelocque, etc.; dans les Mémoires de l'Académie des sciences, dans les Transactions philosophiques de Londres, dans tous les journaux français et étrangers. Il n'est pas enfin un traité complet de pathologie, il n'est pas une collection académique, un muséum d'anatomie pathologique, qui n'en renferment un ou plusieurs exemples, et qui ne satisfassent amplement ceux qui désirent étudier cette singulière affection.

Et remarquons que tout ces faits, assez nombreux dans les auteurs, de cheveux rendus par les urines, par les selles, ne peuvent être considérés, après un examen attentif, que comme des cas de kystes ovariques qui s'étaient ouverts dans la vessie ou dans le gros intestins.

Si j'ai cru devoir publier cette observation, ce n'est donc pas dans le but frivole de grossir la liste, déjà bien longue, des faits de cette nature consignés dans les recueils scientifiques, mais bien pour faire connaître des circonstances relatives à ce fait, d'autant plus intéressantes qu'elles touchent de très près la pratique, et qu'elles impriment à mon observation un véritable cachet de nouveauté.

Voici le cas dont il s'agit :

OBS. Le 26 février dernier, à sept heures du soir, je suis appelé auprès de madame Hélène, âgée de 30 ans et demeurant rue Saint-Nicolas-d'Antin, 57. Je trouve la malade couchée dans la supination et pouvant à peine se mouvoir ; elle se plaint de douleurs excessivement vives dans la moitié latérale droite du ventre, douleurs qui augmentent beaucoup d'intensité par la moindre pression. La percussion fait découvrir de la matité dans toute cette région, et une sonorité tympanique dans la moitié latérale gauche ; le ventre se trouve ainsi divisé longitudinalement en deux parties bien distinctes, et la droite est évidemment le siége d'un gonflement solide, limité exactement par la ligne médiane ; ce gonflement est élastique, rénitent, et donne la sensation d'une poche remplie parfaitement par un liquide ; il est immobile en tous sens ; les mouvements de la malade, la toux, l'éternument, vont retentir dans cette tumeur ; l'ombilic est proéminent ; peau froide ; pouls petit, dépressible, fréquent (110 pulsations). Le vagin n'est point chaud ; le museau de tanche est déchiqueté sur les bords ; le col utérin un peu renflé à sa partie antérieure, mais non douloureux. Le doigt perçoit très profondément, derrière le col utérin, une tuméfaction anormale, élastique, rénitente, qui est bientôt reconnue pour appartenir à la tumeur placée dans la région latérale droite du ventre. J'oubliais de dire que cette tumeur a présenté bien évidemment de la fluctuation.

Commémoratifs. Madame Hélène, blonde, pâle, essentiellement lymphatique, bien réglée ordinairement, est accouchée de son quatrième enfant le 16 décembre 1843, c'est-à-dire un peu plus de deux mois avant le développement des accidents que je viens d'énumérer. Les trois premières grossesses ont été heureuses et n'ont présenté rien de particulier. Pendant tout le temps de la dernière, douleur très vive dans la partie droite du ventre, augmentant dans la marche. Après l'accouchement, qui s'effectua sans accidents, la malade découvre l'existence du gonflement précédent ; point de règles postérieurement à la parturition. La tumeur, du reste, fut d'abord peu douloureuse, n'occasiona presque aucun inconvénient, et ce ne fut que plus tard qu'elle devint, sans cause connue, le siége des phénomènes inflammatoires décrits ci-dessus.

Je diagnostiquai un kyste hydropique de l'ovaire droit dont les parois s'étaient enflammées, la phlogose s'étant propagée à une étendue plus ou moins grande de la séreuse ventrale. Je fus assez heureux pour venir à bout des accidents au moyen de plusieurs applications de sangsues, du repos, de la diète, des lavements laxatifs, des topiques émollients et de l'administration du calomel qui produisit de nombreuses garde-robes très fétides. Au bout de quatre jours, tous les phénomènes inflammatoires locaux et le trouble constitutionnel avaient disparu.

Considérant que chez ma malade l'affection était récente, que la tumeur était encore peu volumineuse, et dans la persuasion que j'avais affaire à un

kyste hydropique simple et ordinaire de l'ovaire, je crus pouvoir tenter une cure radicale au moyen d'un procédé que je savais avoir déjà obtenu des succès à l'étranger et en France : je veux parler de l'acupuncture.

Le 25 mars, le ventre offrant 81 centimètres de circonférence, je fis avec l'aiguille à acupuncture ordinaire sept piqûres sur la partie la plus proéminente de la tumeur ; l'introduction de l'instrument détermine à peine quelque sensibilité ; au moyen du pouce et de l'index de la main droite, je lui fis subir un espèce de tournoiement, de manière à décrire une sorte de cône à base interne, et cette manœuvre détermina de vives douleurs. Il sortit à peine une petite gouttelette de liquide par chaque piqûre. L'aiguille éprouva, du reste, quelque peu de résistance que j'attribuai à l'existence de cloisons minces et fragiles. Je prescrivis du chiendent fortement nitré et des frictions mercurielles jointes à la compression faite au moyen d'un bandage construit exprès par un habile ouvrier.

Cette opération n'ayant pu être continuée autant que je l'aurais voulu, par des circonstances indépendantes de ma volonté, et n'ayant point eu par conséquent les résultats que je désirais, je ne crois pas utile de mentionner toutes les circonstances qui l'accompagnèrent et la suivirent. Je dirai seulement que la tumeur devint, au bout de douze heures, le siége d'un travail inflammatoire manifeste, que les urines coulèrent abondamment et se modifièrent favorablement dans leurs qualités physiques, et qu'au bout de trois jours le ventre avait diminué de 6 centimètres. Mais, je le répète, la malade n'eut ni le temps ni la patience de persister dans l'emploi d'un moyen que je croyais pouvoir amener de bons résultats.

Je me décidai alors à ponctionner la tumeur avec un trocart ordinaire, me réservant du reste le soin de comprimer fortement le ventre après l'opération, et d'agir à l'intérieur par des préparations pharmaceutiques appropriées. Mon étonnement fut grand lorsqu'au lieu de sérosité il s'écoula par la canule du trocart environ 2 litres d'une matière jaunâtre, épaisse, ressemblant exactement au pus d'un abcès froid, et mêlée à de la matière grasse, laquelle, en se refroidissant, se figea et forma des îlots, des œils semblables à ceux que l'on observe sur le bouillon froid. Cette matière n'avait aucune odeur. Vers le milieu de l'écoulement il s'échappa par la canule un cheveu, blond, soyeux, fin, long de 32 centimètres, puis un second plus petit, ensuite un troisième. Enfin, lorsque tout le liquide me parut extrait de la poche, et au moment où j'enlevai la canule, il se présenta à l'ouverture abdominale une mèche de cheveux, grosse comme une plume moyenne ; j'entortillai ces cheveux sur eux-mêmes afin de leur faire acquérir plus de résistance, et j'exerçai sur eux des tractions : j'en retirai ainsi 9 ou 12 centimètres de long, mais leur extrémité interne était tellement adhérente que, malgré la force que j'employai, je ne pus les détacher. La malade me disait, pour me servir de ses propres expressions : « que je lui arrachais les boyaux. » Dans cette occurrence, j'introduisis une sonde cannelée dans la piqûre, je dirigeai un bistouri droit sur cette sonde, dans le but d'agrandir l'ouverture et d'extraire les matières étrangères. Mais l'instrument n'eut pas plus tôt incisé deux lignes environ des parois abdominales et du kyste, qu'il s'écoula presque subitement une quantité de sang que j'évaluai à 400 grammes : je m'arrêtai..... J'exerçai encore des tractions sur la mèche de cheveux qui se rompit vers son extrémité. Je réunis les bords de la plaie ; j'établis sur elle une compression ; l'hémorrhagie s'arrêta.

Cinq jours après, la tumeur, qui avait été, je croyais, complètement vidée, avait repris son volume primitif ; la plaie s'était rouverte et laissait suinter un liquide verdâtre, graisseux et très fétide. On introduit une mèche cératée : celle-ci est enlevée au bout de quatre jours, et il s'échappe environ un demi-litre de matière chocolacée, d'une odeur insupportable, et trois cheveux. La mèche est ainsi, pendant plusieurs jours, introduite dans la plaie fistuleuse et retirée alternativement ; il s'échappe continuellement de la matière ; les forces de la malade s'épuisent ; le pouls est faible, petit, fréquent, l'appétit nul ; il survient des nausées, puis des vomissements.

Dans ces circonstances, je pensai qu'il était urgent, nécessaire, d'agrandir largement l'ouverture (tout faisant supposer que des adhérences étendues existaient entre la tumeur et les parois abdominales), afin d'extraire, si cela se pouvait, les matières étrangères que la poche contenait encore évidemment, et qui étaient la cause de la suppuration si abondante et si funeste pour la constitution générale de ma pauvre malade. Mais, désirant avoir un conseil, je provoquai une consultation, et M. le docteur Cazeaux vint m'aider de ses lumières et de son talent. Nous étions au 19 avril.

Contrairement à mon opinion, notre estimable et bon confrère s'opposa à l'agrandissement de la plaie ; il me proposa d'attendre, et de maintenir constamment une mèche dans le kyste. Je me conformai à ce sage et prudent conseil. Des circonstances imprévues m'engagèrent seules, comme on va le voir, à suivre une autre marche.

Le 23 avril, il se forma spontanément, à deux centimètres de la première ouverture abdominale, un autre trajet fistuleux, tortueux, communiquant avec l'extérieur du kyste ; les matières éliminées sont toujours abondantes, fétides, graisseuses, mêlées de temps à autre à quelques cheveux ; les forces de la malade s'épuisent tous les jours ; l'estomac ne peut plus supporter aucun aliment ; le kyste se remplit de gaz dont l'origine m'est inconnue ; le pouls est petit, concentré, fréquent, la faiblesse générale poussée presque jusqu'au marasme ; l'émaciation excessive.

Je n'hésitai plus alors : par une incision, je

réunis les deux trajets fistuleux, et j'obtins ainsi une plaie longue de trois centimètres qui me permit d'explorer l'intérieur de la poche. Il ne s'écoula cette fois qu'une très petite quantité de sang. Au moyen d'une pince à pansements ordinaire, je saisis une mèche de cheveux que j'attirai au dehors; mais je m'aperçus bientôt qu'elle n'était qu'une portion d'une pelote plus volumineuse, laquelle ne pouvant sortir par la plaie, malgré de grandes tractions, nécessita un second agrandissement de cette dernière, dans l'étendue d'un centimètre seulement, pour pouvoir passer. La masse pileuse que j'extrayai ainsi était grosse comme un œuf de dinde à peu près. Les cheveux étaient empaquetés dans une matière grasse que l'on ne put séparer que par la coction du tout dans l'eau bouillante et par son immersion dans de l'eau seconde. Les poils, ainsi débarrassés de toute matière étrangère, pèsent huit grammes; ils sont entremêlés d'une manière parfaitement inextricable; leur longueur varie depuis 6 jusqu'à 25 centimètres; ils sont fins, soyeux, d'un beau blond, et ne m'ont présenté, à l'examen microscopique, aucune extrémité bulbeuse.

Après l'extraction du corps étranger, j'introduisis encore dans la plaie une forte mèche cératée. Vingt-quatre heures après, la suppuration, qui était auparavant si abondante, cessa presque tout-à-coup, et l'ouverture ne donna issue qu'à un liquide verdâtre, d'à peu près une cuillerée, graisseux, beaucoup moins épais, beaucoup moins lié que le précédent.

Les jours suivants, suppression de la mèche; injections abondantes d'eau simple dans la poche, pour entraîner toutes les matières étrangères contenues encore dans le kyste. Dans une séance, j'introduisis ainsi au moins huit litres de liquide qui s'échappait à mesure qu'il tombait dans la cavité anormale, entraînant avec lui des matières grasses, mais point de cheveux.

Le 6 mars, la plaie est fermée par des bandelettes agglutinatives; depuis plusieurs jours il ne s'échappe plus de pus; on établit une légère compression; la malade est soumise à un traitement tonique (quinquina) et à un régime substantiel. Les vomissements avaient complètement cessé.

Le 15, les lèvres de la plaie adhèrent dans le fond, le kyste est considérablement affaissé; revenu sur lui-même, le ventre offre à peine un volume un peu plus considérable qu'à l'état normal. Les forces de la malade reviennent avec une vigueur vraiment extraordinaire; l'appétit est bon; le pouls acquiert de la plénitude et de la force; digestions faciles, garde-robes normales; plus de douleur quelle qu'elle soit; sommeil tranquille et réparateur. Un peu d'exercice. Même régime, même traitement.

Depuis cette époque l'amélioration va toujours croissant; le kyste s'affaisse de plus en plus; seulement les lèvres de la plaie abdominale n'adhèrent pas dans la moitié antérieure, de sorte qu'il ste là une espèce de sillon, de rainure, que l'on ne pourra faire disparaître peut-être qu'en avivant les chairs et en appliquant un bandage adhésif. Aujourd'hui, 15 mai, madame Hélène peut être considérée comme guérie; je la soumets encore à un traitement tonique et à la compression du ventre.

Cette observation ne manque point, comme on le voit, de circonstances dignes d'être remarquées. A part le fait, si curieux par lui-même, de l'affection, la présence d'une tumeur pileuse, il y a ici plusieurs points du plus haut intérêt. Le principal, celui qui les domine tous en quelque sorte, c'est le travail expulsif auquel le sac anormal s'est trouvé soumis, et qui ne se manifeste pas ordinairement dans cette sorte d'affection. L'on sait que les cheveux contenus dans les kystes pileux adhèrent fermement aux parois du sac dans lesquelles ils sont implantés; qu'ils font corps avec ce kyste; qu'ils en sont une partie intégrante, pour ainsi dire, et que, différents en cela d'un corps étranger introduit dans les tissus vivants, ils ne développent pas, dans la majorité des cas, un travail propre à les expulser au dehors. De là la persistance de la maladie pendant un grand nombre d'années, pendant même toute la vie de la femme, sans se manifester autrement que sous la forme d'une tumeur dont la nature intime, méconnue pendant la vie, ne se dévoile que dans la salle de dissection.

Cette particularité offerte par notre observation est due évidemment :

1° Au travail inflammatoire dont la tumeur ovarique est devenue spontanément le siége peu de temps après la dernière couche de la femme Hélène;

2° Aux tentatives qui furent faites plus tard pour obtenir une guérison radicale au moyen de l'acupuncture;

3° Au maintien ultérieur des mèches dans la cavité du sac.

Toutes ces circonstances ont modifié la tunique interne du kyste : celle-ci s'est enflammée; la suppuration excessivement abondante qui en est résultée a détruit les rapports vitaux (si l'on peut s'exprimer ainsi) entre les parois de la poche et les cheveux : ceux-ci, détachés de leur surface d'insertion, se sont trouvés flottants dans la cavité, et, devenus par-là corps étrangers, ils ont été soumis aux lois communes, et amenés à la surface, où ils ont déterminé un travail ulcérateur.

Après l'extraction de la masse pileuse, je ferai remarquer la cessation presque subite de la suppuration; l'affaissement gradué de la poche, son effacement, son retrait; la cicatrisation de la plaie de dedans en dehors; la diminution du volume du ventre qui revient bientôt à l'état normal; la disparition rapide de la douleur, des nausées, des vomissements; l'amélioration du pouls; le rétablissement des fonctions digestives et assimilatrices; la rapidité extraordinaire avec laquelle s'affectuèrent la guérison de la maladie locale et le rétablissement de la constitution générale, alors que

tout le système était tombé dans un état de marasme qui nous laissait peu d'espoir, et qui, à nos yeux, devait conduire promptement notre malheureuse malade au tombeau.

Paris, 15 mai 1845.

A. CHÉREAU, D. M.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

IX. Observation de variole développée huit jours après une vaccination.

Monsieur le rédacteur,

Le rapport présenté à l'Académie des sciences sur le prix relatif à la vaccine, que je viens de lire en partie dans le cahier de juin de votre excellent journal, entre autres questions du plus haut intérêt, touche aussi à celle du rapport qui existe entre les phénomènes locaux de la vaccine et sa vertu préservative. A ce sujet il y est dit que l'auteur du mémoire n° 24 pense que l'infection, dont dépend la vertu préservative, est déjà produite à l'époque du septième au huitième jour à dater de l'inoculation du vaccin, et qu'il le prouve par l'expérience, qui lui a montré qu'aux septième et huitième jours le vacciné est inaccessible à la variole, comme il l'est aux effets d'une nouvelle vaccination, etc.

Or, j'ai observé un cas qui démontre précisément le contraire de cette assertion et je pense que mon observation ne sera peut-être pas sans quelque intérêt pour la science. Voici d'ailleurs cette observation :

Pendant l'été de l'année 1843, une épidémie de variole régnait à Aix-la-chapelle, en partie sous forme de variole confluente, qui fit périr non seulement des personnes non vaccinées, mais aussi diverses personnes vaccinées vingt et quelques années auparavant, et en partie sous forme de varioloïde, qu'on observait sur des individus vaccinés depuis huit ans et davantage, et qui se présentait ici comme partout par gradation, depuis la plus légère éruption, avortant dans son début après un assez violent accès de fièvre d'invasion, jusqu'à la forme de variole discrète fort bénigne avec commencement de suppuration et prompte dessiccation.

Durant cette épidémie, je vaccinai un enfant âgé d'environ 12 mois, bien constitué et présentant toutes les apparences de la plus parfaite santé. La première origine de mon vaccin datait d'environ trois ans, époque où l'on avait distribué en Prusse du vaccin dérivé du cowpox naturel. Je fis sur le bras gauche de l'enfant neuf piqûres, qui toutes réussirent et donnèrent lieu à autant de boutons qui eurent leur développement normal. Au septième jour, l'enfant me fut présenté, et comme il me semblait bien sain, je me servis de la lymphe de ses boutons pour vacciner quatre autres enfants. Le lendemain de cette vaccination, l'enfant dont j'avais pris le vaccin devint malade; c'était au huitième jour de l'époque où il avait été lui-même vacciné. Je ne le vis que le jour suivant, neuvième jour; il avait une violente fièvre, était assoupi et vomissait parfois. Le jour suivant, sa figure et son corps se couvrirent de taches qui n'étaient autre chose qu'une éruption d'une variole naturelle confluente surtout à la face, maladie qui se développa d'une manière parfaitement caractéristique et qui mit la vie de cet enfant en grand danger. Ce qu'il y avait de remarquable, c'est qu'au milieu de tous ces désordres, les boutons vaccinaux continuèrent leur marche normale, et se dessèchèrent aux treizième et quatorzième jours, tandis que les boutons de la variole présentaient à cette même époque tous les caractères de boutons varioliques au commencement de la suppuration avec dépression ombiliquée. Cependant la variole poursuivit sa marche avec une fièvre de suppuration bien marquée; elle se termina par une dessiccation normale qui commença à la face et se propagea sur le tronc et les membres; et l'enfant se trouva guéri vers le quinzième jour de l'éruption de la variole, vingt-cinq jours après qu'il avait été vacciné.

Je vous avoue, monsieur, que mon étonnement était mêlé d'un sentiment de consternation, lorsque je ne pus douter que l'éruption qui se développait chez mon petit vacciné était la variole. Non-seulement le danger auquel cet enfant était exposé se présentait à mon esprit, mais je n'étais pas non plus sans quelque inquiétude sur le sort des quatre enfants que j'avais vaccinés avec la lymphe de ses boutons vaccinaux. Nul doute en effet que l'enfant dont le vaccin m'avait servi était déjà à cette époque infecté de la variole, et la nouveauté du cas me laissait dans l'incertitude sur les suites que cette circonstance pourrait avoir pour les vaccinés. Cependant ces suites ne furent nullement fâcheuses. La vaccination avait réussi sur tous les quatre enfants, et les boutons vaccinaux qui en étaient résultés suivirent une marche paisible et parfaitement normale, de sorte que ces enfants restèrent dans un état satisfaisant de santé.

Ce qui me semble surtout remarquable dans le cas de variole que je viens d'exposer, c'est que cette maladie n'exerça aucune influence notable sur la marche de la vaccine, comme elle n'en fut pas non plus influencée elle-même. Les deux maladies marchèrent pour ainsi dire l'une dans l'autre de la manière la plus indifférente possible avec parfaite indépendance l'une de l'autre. Je pense qu'il faut attribuer ce défaut de perturbation quelconque à la parfaite analogie qui existe entre ces deux maladies, qui appartiennent à un même genre et ne sont peut-être que des modifications d'une même espèce. En effet, l'on sait que deux maladies de différents genres qui se rencontrent sur un même individu tendent ordinairement à se modifier et même à se détruire mutuellement, et qu'ordinairement la maladie la plus aigüe l'emporte sur l'autre. Ainsi j'ai vu la gale disparaître par une éruption de rougeole et reparaître après que cette dernière avait parcouru ses périodes; de même la vaccine s'arrêter dans

son développement et les boutons vaccinaux rester pendant plusieurs semaines absolument stationnaires dans l'état où ils étaient au neuvième jour, chez un enfant affecté de tubercules aux poumons, parce qu'il était survenu un mouvement inflammatoire fort violent dans les organes de la respiration, et, par suite de cela, une recrudescence de la fièvre hectique, qui le fit périr.

Quoi qu'il en soit, mon observation ne sera pas sans quelque valeur dans la question, où il s'agit de décider si l'action vaccinale a sa source dans l'introduction du vaccin dans l'organisme et est indépendante du parfait développement du bouton vaccinal, ou si elle a sa source dans le travail même du bouton. C'est à ce titre, monsieur, que je vous prie de vouloir bien accueillir cette lettre dans votre estimable journal.

Agréez l'assurance de mes sentiments distingués.

HAHN, D. M.

Aix-la-Chapelle, le 22 juin 1845.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE, comprenant l'anatomie descriptive, l'anatomie générale, l'anatomie pathologique, l'histoire du développement et celle des races humaines; par J.-L.-G. Bischoff, J. Henle, E. Huschke, S.-T. Sœmmering, F.-G. Theile, G. Valentin, S. Vogel, R. Wagner, G. et Weber; traduit de l'allemand par JOURDAN. Tomes II, III, IV, VI, VII et VIII.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE considérée comme science d'observation; par G.-F. BURDACH, professeur à l'Université de Kœnigsberg, avec les additions de MM. les professeurs Baer, Meyer, J. Müller, Rathke, Valentin, Wagner; traduit de l'allemand sur la deuxième édition, par A.-L.-J. JOURDAN, membre de l'Académie royale de médecine, avec planches gravées. 9 vol. in-8°.

MANUEL DE PHYSIOLOGIE, par J. MULLER, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Université de Berlin; traduit de l'allemand sur la quatrième édition (1844), avec des annotations, par JOURDAN. 2 vol. in-8°.

A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Si nous réunissons ensemble ces trois ouvrages, ce n'est pas que nous ayons l'intention d'en donner ici l'analyse; car ce n'est point en quelques pages que l'on peut rendre justice entière à un ensemble de travaux qui ne comprend pas moins d'une vingtaine de volumes et qui porte les noms des hommes les plus illustres de l'Allemagne. L'une de ces publications, l'*Encyclopédie anatomique* n'est point encore complète. Nous avons déjà rendu compte du Traité de physiologie de Burdach (1), et nous nous proposons de faire également connaître en détail le Traité de physiologie de Müller. Aujourd'hui nous ne voulons qu'appeler, soit la mémoire, soit l'attention, sur cette sorte d'encyclopédie anatomique et physiologique, et donner une esquisse rapide de ces trois publications dont nous unissons le titre, parce qu'elles nous paraissent être comme le trépied des sciences anatomiques et physiologiques, telles du moins qu'on les considère en Allemagne. Ces ouvrages, d'ailleurs, bien que mis au jour à des intervalles éloignés, et chacun avec un but qui lui est propre, peuvent cependant, à cause de leur étendue, être considérés comme sortant d'un moule commun, et ils se complètent merveilleusement les uns les autres.

A. Nous parlerons d'abord de l'*Encyclopédie anatomique*. Cette publication, disons-nous, n'est pas encore achevée. Pour éviter les redites, disons seulement, avant de parler de ce qui a paru, ce qui reste encore à paraître. C'est, 1° la biographie de Sœmmering et l'histoire de l'anatomie et de la physiologie depuis Haller, par R. Wagner; 2° l'Anatomie pathologique, par J. Vogel: 3° l'Anatomie des races humaines et des nations, avec l'anatomie des tégumens extérieurs, par R. Wagner. Chacun de ces trois ouvrages sera renfermé dans un volume in-8°. Le tome Ier doit contenir un des trois ouvrages dont nous venons de parler, et n'a pas encore paru.

Tome II. *Traité d'ostéologie et de syndesmologie*, par S.-T. SOEMMERING, *suivi d'un traité de la mécanique des organes de la locomotion*, par G. et E. WEBER, avec un atlas de 17 planches in-4°. — L'ostéologie et la syndesmologie sont les parties de l'anatomie les plus anciennement explorées, et par conséquent les plus anciennement et les mieux connues. On a beau varier les descriptions, changer les divisions, multiplier les apophyses, on n'en dira guère de plus, pour la pratique du moins, que n'en ont dit Albinus et Albrecht. Ce sont les travaux de ces deux grands anatomistes qui font la base du Manuel d'ostéologie de Sœmmering; ce dernier n'a cependant point pour cela négligé de tenir compte des découvertes plus modernes. L'ouvrage est divisé en trois livres: le premier traite de l'ostéologie, le second de la syndesmologie. L'auteur renvoie pour les planches à celles d'Albinus, de Scarpa, d'Arnemann, de Haller, de Sœmmering, de Bidloo, de Caldani, de Langenbeck, de Weitbrecht (ce dernier particulièrement pour les articulations), etc. Il a soin d'indiquer pour chacune des parties de son sujet lequel des anatomistes précédents en a donné la meilleure planche. Il fait grand cas surtout de celles d'Albinus, qui n'ont point, dit-il, de pareilles sous le rapport de l'exactitude des dessins, de la beauté de l'exécution et de l'élégance des descriptions. Aucune des nombreuses copies, la plupart réduites, qu'on en a faites, n'approche de l'original. Ces indications, qui seront malheureusement inutiles pour la

(1) Voyez IXe année, 1er semestre, p. 111.

plupart des lecteurs, seront précieuses néanmoins pour ceux qui ont à leur portée les grandes bibliothèques publiques. Elles sont donc loin d'être inutiles.

Le livre troisième traite de la mécanique de la locomotion chez l'homme, et il occupe à lui seul la dernière moitié du volume. On douterait peut-être qu'il fût praticable d'arriver à une théorie de la marche et de la course, parce que nous ne sommes point des machines marchantes, que par conséquent nos mouvements peuvent être modifiés de manières très diverses par notre libre arbitre. Mais une longue expérience apprend que nous pouvons employer le mécanisme de notre corps de la manière la plus avantageuse pour marcher et courir en dépensant le moins de force possible, et cela à l'insu de notre libre arbitre. En partant de là, il doit être possible de trouver les lois non-seulement de la marche et de la course, telles que les observent les marcheurs et coureurs exercés, mais encore celles d'une foule d'autres mouvements, comme, par exemple, l'équitation. La théorie de la marche peut aussi n'être pas sans quelque utilité pour les sciences militaires. Les auteurs donnent des tables d'après lesquelles on verra comment la longueur des pas croît avec leur nombre dans un temps donné, et cela d'une manière qui peut être déterminée d'avance avec certitude; quelle est la longueur la plus naturelle des pas à chaque degré de vitesse de la marche d'homme ayant les jambes longues ou les jambes courtes; quelle mesure, par conséquent, on doit prescrire lorsqu'il s'agit de parcourir un espace déterminé dans un certain laps de temps; enfin, comment le calcul des distances par la marche devient beaucoup plus sûr lorsqu'on a égard à la mesure que l'homme observe en marchant.

Ce traité de mécanique de la locomotion de l'homme se divise en quatre parties. La première est consacrée à des considérations générales sur la marche et la course, la deuxième à des recherches anatomiques sur les organes de la locomotion, la troisième à des considérations physiologiques sur la marche et la course; cette partie contient un essai d'une théorie de la marche, de la course et du trotter, qui suppose dans le lecteur des connaissances mathématiques assez avancées; la quatrième enfin donne un aperçu historique des recherches anciennes sur la marche et la course.

Tome III. *Traité de myologie et d'angéiologie*, par F.-G. Theile, professeur d'anatomie à l'Université de Berne. — Pour ce qui est de la myologie, l'auteur s'est attaché à donner une description détaillée de chaque muscle, et à en faire connaître toutes les anomalies congéniales. Il a signalé les rapports des muscles, tant entre eux qu'avec la peau et le squelette; les rapports qui ont trait aux vaisseaux et aux nerfs ont été négligés, parce qu'ils appartiennent plus spécialement à l'angéiologie et à la névrologie. Quant à la classification, l'auteur a suivi l'ordre topographique, qui est le mieux accommodé aux études anatomiques des amphithéâtres. Comme ouvrages spéciaux sur la myologie, M. Theile recommande ceux d'Albinus, de Guenther et de Milde. Les planches auxquelles il renvoie dans son texte sont celles d'Albinus, de Santorini, de Weber, de Sœmmering, d'Arnold, de Müller, de Civiale (pour les muscles des organes génitaux), de Krause, de Guenther et Milde, de Kaau-Boerhaave et de Weitbrecht.

Dans son traité d'angéiologie, l'auteur a admis pour chaque vaisseau un type normal de conformation, et relégué parmi les anomalies tout ce qui s'écartait plus ou moins de ce type; quant aux anomalies elles-mêmes, il n'a, en général, signalé que les anomalies congéniales qui se rencontrent chez des sujets bien conformés; celles des monstruosités ont été omises, parce qu'elles n'ont d'intérêt qu'autant qu'elles sont jointes à la relation complète de chaque cas. Parmi les planches que l'auteur cite en note, nous voyons figurer celles de Weber, de Tiedemann surtout, de Haller, d'Arnold, de Sœmmering, Meckel, Munz. Pour les veines, l'auteur allemand tient compte particulièrement des travaux de Breschet, dont les planches sont continuellement indiquées au bas de la page avec celles de Weber. Pour les vaisseaux lymphatiques, il ne paraît guère connaître que celles d'Arnold.

Tome IV. *Traité de névrologie*, par G. Valentin, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Université de Berne. — Un volume de 800 pages est consacré à la névrologie toute seule. L'auteur prend soin de nous avertir que la partie descriptive de ce Traité a été écrite sur les pièces anatomiques mêmes, multipliées, au besoin, suivant les difficultés. Tout y est original, sauf l'histoire des branches postérieures et de quelques-unes des branches antérieures des nerfs rachidiens, pour laquelle l'auteur a suivi l'ouvrage laissé par un anatomiste allemand du nom de Bock. M. Valentin s'est particulièrement attaché à la précision des détails qu'il importe tant, comme il le dit avec raison, de bien posséder, si l'on veut que des recherches ultérieures contribuent réellement au progrès de la physiologie et de la pathologie du système nerveux. L'auteur a en outre tenté dans la première partie de poser les fondements d'une névrologie philosophique; mais l'obligation qu'il s'est imposée de prendre les faits seuls pour appui ne lui a pas permis de présenter cet essai autrement que sous la forme de fragments détachés. Cette première partie, qui a pour titre: Anatomie philosophique et composition du système nerveux des animaux vertébrés, spécialement de l'homme, cette sorte de fragment d'anatomie transcendentale donne au livre de M. Valentin une physionomie que n'ont pas nos traités d'anatomie descriptive. On sait d'ailleurs que la structure du système nerveux a été depuis quelques années l'objet de recherches nombreuses et de découvertes réelles ou prétendues qui ont fait vieillir en peu de temps

les ouvrages publiés sur cette matière il y a une quinzaine d'années. Le traité de névrologie de M. Valentin est donc doublement recommandable, savoir : pour sa partie philosophique et pour sa partie descriptive. Les planches qu'il indique comme les plus recommandables sont celles de Santorini, de Remak, de Müller, de R. Wagner, de Serres, de Breschet, de Carus, de Delle Chiaje, d'Arnold (1), de Burdach, de Langenbeck, de Weber, de Reil, de Gall, de Spurzheim, de Vicq-d'Azyr, de Wenzel, de Swan, de Sœmmering, de Zinn, de Bock, de Fæsebeck, de Prochaska, de Hirzel, de Meckel, de Bidder, de Killian, de Jacobson, les magnifiques figures de Scarpa, etc. M. Valentin, pour rendre plus faciles les recherches de détails, ne se borne pas à indiquer la planche et la figure, il désigne encore la lettre ou le chiffre.

Le Ve volume n'a pas encore paru.

Tomes VI et VII. — *Traité d'anatomie générale, ou histoire des tissus et de la composition chimique du corps humain;* par J. Henle, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Université de Zurich. Quelque goût qu'aient les Allemands pour l'anatomie comparée, elle a cependant été exclue de cet ouvrage, au moins sous le point de vue dogmatique. Les faits d'anatomie comparée n'ont été admis dans ce livre que par une sorte d'hospitalité, attendu, dit l'auteur, qu'ils ne sont point encore assez nombreux pour pouvoir fournir les bases d'un travail spécial. Chaque chapitre est d'ailleurs terminé par un exposé rapide des matériaux qu'on possède aujourd'hui pour l'établissement d'une histologie comparée, et par un aperçu historique des travaux qui ont été entrepris sur le sujet en question. Le tissu glandulaire fait seul exception sous ce dernier rapport, parce qu'à proprement parler il n'avait pas encore été soumis jusqu'ici à un examen historique. L'auteur s'est laissé entraîner dans quelques détails physiologiques. Pour lui, la physiologie des tissus est la base de ce qu'il appelle la pathologie générale ou rationnelle, laquelle (toujours selon l'auteur allemand) cherche à concevoir les symptômes des maladies comme les réactions qu'une matière organique douée de forces particulières et inaliénables exerce contre des influences extérieures anomales. D'après cette idée, l'auteur n'a laissé échapper aucune occasion de faire ressortir les conclusions qu'on peut tirer des propositions développées dans son ouvrage pour expliquer les phénomènes morbides. A cette occasion, nous nous bornerons à dire, ce que d'ailleurs nous pourrons faire voir plus en détail en parlant de l'ouvrage de Müller, que les physiologistes allemands, si patients dans la description, si ingénieux et si hardis à manier l'hypothèse, ont rarement la main heureuse lorsqu'ils veulent appliquer à la médecine pratique les données de la physiologie, du moins de la physiologie organique et chimique qu'ils enseignent. — Le traité d'anatomie générale de M. Henle occupe deux forts volumes, et cela se conçoit aujourd'hui que la chimie et la microscopie se sont emparées de la matière. Aussi les aperçus auxquels l'auteur est arrivé sont-ils pour la plupart nouveaux. C'est une science toute nouvelle qui se crée et qui menace de laisser fort en arrière les connaissances que nous avaient acquises Bichat, Meckel et Béclard.

Tome VIII. *Traité du développement de l'homme et des mammifères, suivi d'une histoire du développement de l'œuf du lapin;* par J.-L.-G. Bischoff; accompagné d'un atlas de 16 planches in-4°. — L'embryologie n'est pas une science ancienne; elle ne remonte que jusqu'à Graaf, qui le premier donna une description exacte des vésicules de l'ovaire qui ont reçu son nom, et démontra expérimentalement que ce sont elles qui fournissent l'élément femelle de la procréation. Il pressentit toutefois plutôt qu'il ne lui fut possible de prouver l'identité des vésicules et des œufs, parce qu'il trouva toujours l'œuf en train de se développer plus petit que ces vésicules. Aussi ses adversaires, et des adversaires tels que Leeuwenhoek et Vallisnieri, réussirent-ils à renverser sa théorie, pourtant si vraie, de la préexistence d'un œuf à la fécondation chez les mammifères et chez l'homme. Haller, Kuhlemann et Kruikshank, etc., ne purent rien faire en faveur de cette théorie, malgré leurs bonnes intentions. Prévost et Dumas appelèrent l'attention sur l'importance des recherches d'embryologie comparée, sans pouvoir toutefois encore résoudre la question en litige. C'était à Baer qu'était réservée cette gloire. Il découvrit, en 1827, l'œuf non fécondé des mammifères dans l'ovaire et en donna une description détaillée. Quelques années plus tard, M. Coste agrandit cette découverte en y ajoutant celle de la vésicule germinative dans l'œuf des mammifères. R. Wagner, enfin, a découvert la tache de la vésicule germinative.

Tel est le point où M. Bischoff prend la science embryologique. C'est avec ces éléments qu'il a pu tenter avec quelque succès de décrire l'histoire du développement de l'œuf des mammifères, même durant ses périodes les plus reculées. Il a pour sa part contribué à rendre cette tâche plus facile en faisant connaître le résultat de ses recherches sur l'œuf des chiennes et des lapines. D'un autre côté, il est arrivé de toutes parts des documents précieux relativement à l'ovologie de l'oiseau, de la grenouille et des animaux sans vertèbres. Le traité d'embryologie de M. Bischoff est divisé en trois parties : la première traite de l'histoire du développement de l'œuf et de l'espèce humaine, depuis l'époque où il n'est pas encore fécondé jusqu'à la naissance de l'embryon ; l'histoire du développement du fœtus fait le sujet de la deuxième partie ; la

(1) Les planches d'Arnold (*Icones nervorum capitis*), que nous avons publiées dans notre Atlas, forment un tout complet sur les douze paires cérébrales qui sera d'autant plus utile à ceux qui voudront s'en aider pour la lecture de l'ouvrage de M. Valentin, que ce dernier indique jusqu'aux lettres de renvoi.

troisième traite des phénomènes de la vie chez le fœtus. L'histoire du développement de l'œuf du lapin ne fait pas à proprement parler partie de l'ouvrage et elle n'existe même pas dans l'édition allemande ; c'est un avantage que la traduction française a sur le texte original avec plusieurs autres que l'on doit à la bienveillance de M. Bischoff. Son mémoire sur l'œuf du lapin a été couronné par l'Académie des sciences de Berlin.

Ici se termine ce que nous avions à dire de l'*Encyclopédie anatomique* dans l'état encore inachevé où elle se trouve. C'est un édifice imposant élevé aux sciences anatomiques et qui répond à un besoin de notre époque, celui d'étudier les choses d'une manière autre que celle qui a été pratiquée jusqu'à nos jours. Boyer, en France, a clos la liste des anatomistes purement descriptifs et cela d'une manière honorable pour lui ; car l'on savait qu'il n'a rien écrit qu'il n'eût vu et revu. Mais ceux qui marchent simplement sur ses traces (tout en étant, pour la plupart, loin de l'atteindre) ne songent pas assez qu'ils n'arrivent tout au plus qu'à faire des manuels plus ou moins volumineux pour les examens. Nous ignorons si l'on s'occupe actuellement en Allemagne de traduire nos livres classiques d'anatomie ; mais ce qui nous a fait peine à voir, c'est qu'on en cite rarement les auteurs dans l'Encyclopédie anatomique. Le contraire a lieu pour les livres de physiologie.

B. *Traités de physiologie de* BURDACH *et de* MULLER. — Ces deux ouvrages qui forment comme le pendant de l'Encyclopédie anatomique, peuvent être aussi considérés comme une sorte d'encyclopédie physiologique. On y trouve, en effet, réunis les résultats des travaux de tous nos contemporains célèbres de l'Allemagne. Müller n'a pas dédaigné de s'inspirer aussi des travaux des physiologistes français qu'il cite avec honneur à chaque page, et M. Jourdan, l'infatigable traducteur, a ajouté à cet ouvrage une multitude de notes où sont consignés les faits les plus récents qui n'ont pu être connus de l'auteur allemand. Ces deux livres, cependant, diffèrent à plusieurs égards. L'ouvrage de Burdach, qui se compose de neuf volumes, a été fait sur un plan dont l'auteur n'a pu malheureusement remplir tout le cadre. Ce n'est pour ainsi dire qu'une introduction à l'étude des détails physiologiques, mais une magnifique introduction où sont non-seulement touchées, mais jusqu'à un certain point résolues d'une manière plus ou moins heureuse les plus hautes questions de la partie métaphysique de la science. Et, pour cela, Burdach ne s'est attaqué à rien moins qu'à l'histoire de la vie chez tous les êtres organisés. Otez-lui un seul des deux règnes, le règne végétal, l'auteur ne peut plus rien faire; car, au rebours de Cuvier et de Decandolle, les Allemands procèdent des êtres les plus simples aux plus composés, et il leur faut l'étude des organismes inférieurs pour pouvoir exposer l'histoire des organismes supérieurs et de leurs fonctions ; ainsi, l'utricule, qui joue le principal rôle dans les premiers, se retrouve encore à tous les degrés et jusque chez l'homme où le sien n'est pas encore indifférent. On comprend d'après cela que ce luxe de détails qu'on trouve dans des livres tels que ceux de Burdach et de Müller est loin d'être inutile, et, disons-plus, il n'est pas aussi fatigant qu'on pourrait se l'imaginer. Si les conclusions ne découlent pas toujours rigoureusement des faits, ceux-ci, du moins, restent là comme des pierres d'attente pour des travaux ultérieurs. Ajoutons à cela que, bien que l'étude de la physiologie repose en grande partie sur les connaissances anatomiques qui composent les détails de l'histoire naturelle, il n'est pas nécessaire au lecteur d'avoir un très lourd bagage dans cette partie de la science. Burdach a toujours soin de donner des détails suffisants en anatomie comparée pour que l'on puisse suivre ses argumentations, depuis la monade infusoire jusqu'à l'homme. Il en est de même aussi dans Muller. Ces deux auteurs font généralement ressortir avec soin les rapports qui existent entre la disposition, la structure anatomique des organes et leurs fonctions.

Nous ne rentrerons point ici dans l'examen de l'ouvrage de Burdach, examen auquel nous avons consacré quelques pages dans notre n° de septembre 1841. Nous rappellerons seulement que l'auteur voulant saisir l'histoire de la vie *ab ovo* pour la conduire jusqu'à son terme naturel, la mort, se trouve amené à commencer par où les autres finissent : l'étude de la génération où il a d'abord à examiner l'être qui procrée. De là il passe à celle de la procréation, et c'est là qu'il arrive à pouvoir s'occuper, sans arrière-pensée, de la vie en développement, à son état embryonnaire d'abord, puis à son passage de cet état à celui de la vie indépendante qui le conduit naturellement à traiter des divers âges et de la révolution de la vie. Tout cela occupe six volumes ; la vie en exercice forme l'objet des trois derniers.

M. Müller a procédé bien plus méthodiquement, bien plus classiquement, pour parler le langage des écoles. Se souvenant qu'il devait travailler pour ces dernières, ne fût-ce qu'à cause de la chaire qu'il occupe à l'Université de Berlin, il a fait ce qu'on peut à la rigueur appeler un manuel, comme le livre est en effet intitulé, mais un manuel qui, dans deux volumes, renferme le double au moins de matières que le Traité de Richerand. Le livre de M. Müller est donc à tous égards un livre méthodique, adapté à la fois aux besoins de ceux qui débutent et de ceux qui veulent renouveler leurs souvenirs ou compléter leurs connaissances. Ce traité, actuellement terminé, est, en un mot, le plus vaste répertoire de physiologie que nous possédions. Pour donner une idée de son mérite comme classique, en Allemagne, il suffit de dire qu'il en est à sa quatrième édition. Quant à celui de l'auteur, on peut s'en rapporter au jugement

de notre Académie de médecine, qui vient, dans une de ses dernières séances, de le nommer son correspondant étranger, titre qui, on le sait, ne se prodigue pas. Un autre motif enfin qui nous porte à recommander cet ouvrage, c'est que, bien que nous ne manquions pas précisément en France de physiologistes distingués, ni par conséquent de travaux physiologiques, cependant nous n'avons point de traité de cette science qui soit au niveau des idées courantes. Richerand a bien vieilli en quinze années et l'École est muette. Force nous est donc de donner l'hospitalité aux étrangers. Nous donnerons prochainement, du reste, un examen détaillé de la Physiologie de Müller.

Nous ne devons pas terminer cette esquisse sur les trois productions contemporaines les plus remarquables de l'Allemagne sans payer un juste tribut d'éloges à l'éditeur. Il lui fallait un certain degré de courage et de confiance dans les médecins et les savants de notre pays pour entreprendre de doter la littérature médicale de trois ouvrages qui par leur étendue et la nature des matières sortent, les deux premiers surtout, de la ligne ordinaire des livres actuellement en cours, et pouvaient fort bien ne pas rencontrer l'accueil qu'ils méritent et tromper son attente. A ce titre, M. Baillière nous semble avoir bien mérité des médecins français. Espérons que les encouragements qu'il recevra l'engageront à persévérer dans cette voie neuve et hardie.

Quant à M. Jourdan, son nom, ses infatigables travaux sont trop connus pour qu'il soit besoin de les rappeler. Faisons toutefois remarquer que le savant traducteur a plus fait pour la physiologie de Müller que pour les ouvrages précédents. Il l'a enrichie de notes sur les travaux postérieurs des physiologistes français qui viennent corroborer, infirmer ou modifier les conclusions de son auteur. Son talent est d'ailleurs si bien apprécié en Allemagne, que les savants dont il manifeste l'intention de traduire les travaux s'empressent de lui communiquer des corrections à leur dernier texte et des mémoires inédits. Aussi l'édition française est-elle toujours plus complète que l'édition allemande.

Revue des journaux français.

REVUE MÉDICALE.

(N^os de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1845.)

Observation d'hémoptysie, avec réflexions.

Le cas suivant étant un de ceux que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique, nous avons pensé qu'on ne lira pas sans intérêt le mémoire et la consultation auxquels il a donné lieu.

Mémoire à consulter; par le docteur R., à Rodez. — M. X..., né de parents sains et robustes, qui n'ont jamais eu de maladies de poitrine, est âgé de dix-neuf ans environ, d'une constitution lymphatique, sanguine, d'une taille assez avantageuse; cheveux noirs, peau velue; sa poitrine est médiocrement développée à la partie supérieure; ses doigts n'offrent pas la conformation dite hippocratique. Il a fait un usage un peu précoce de ses forces naissantes.

Dans son enfance, il a été très sujet à des fluxions vers la tête, avec disposition au vice scrofuleux. Il fut atteint, il y a quelques mois, d'une ophthalmie qu'un traitement antiscorbutique put seul dompter. Une stomatite ulcéreuse nécessita, l'an dernier, l'usage réitéré des styptiques. Il est extrêmement sujet aux épistaxis.

Il y a quatre ans, étant au collége, il eut un crachement de sang peu abondant; une saignée fut pratiquée, et près de trois ans se passèrent sans que l'accident se renouvelât. L'an dernier, il eut aussi, à Paris, deux hémoptysies qui cédèrent chacune également à l'emploi d'une saignée. A la fin de l'année classique, il rentra dans sa famille avec toutes les apparences d'une parfaite santé. Dans le courant de septembre dernier, ayant été pris d'hémoptysie, il se rendit à pied chez son médecin qui lui pratiqua une saignée du bras, lui prescrivit une boisson tempérante et le repos. Le même accident se renouvela sous l'influence d'une vie remuante et active: le même traitement fut mis en usage avec le même succès. Une troisième atteinte, qu'aucun écart ne paraît avoir provoquée, se manifesta dans le courant d'octobre, dura plus longtemps que les précédentes et fut accompagnée de fièvre pendant plusieurs jours, ce qui n'était pas encore arrivé. Saignée nouvelle, sangsues au siége, cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures, boissons froides, purgatifs salins, repos absolu, silence, diète pendant vingt jours, ratanhia, conserve de roses. Sous l'influence de ces moyens, la santé du jeune malade paraissait se rétablir; depuis douze jours il n'y avait plus de crachats sanglants. Le jeune homme, qui est très faible et très amaigri, commençait a passer de l'usage du lait à une alimentation plus substantielle, lorsque, il y a deux jours (le 20 novembre 1844), pendant qu'il prenait, le matin, son lait d'ânesse, il eut une quinte de toux qui fut immédiatement suivie d'hémoptysie. Ce fâcheux accident s'est renouvelé quatre à cinq fois; l'expuition sanguine peut être évaluée en totalité à six ou sept onces.

Appelé près de lui, dit l'auteur, nous avons dû nous demander si nous avions à combattre une hémoptysie essentielle, ou une maladie symptomatique d'une lésion organique des poumons. L'auscultation et la percussion n'ont fourni aucun caractère qui annonçât les tubercules pulmonaires. Peut-être un peu moins de sonoréité vers le tiers supérieur du poumon droit que partout ailleurs; on distingue

dans la partie supérieure un râle muqueux à grosses bulles qui indique la présence du sang. Nulle part on n'entend le craquement qui indique les tubercules. Si on ajoute à ces signes que le jeune malade n'a jamais éprouvé ni dyspnée, ni douleur entre les épaules et sous les clavicules, ni toux, ni palpitations, que ces différentes hémoptysies se sont terminées sans laisser de rhume à leur suite; si l'on considère, en outre, qu'il est jeune, irritable, à système vasculaire développé, etc., on concevra, ajoute l'auteur, que nous avons dû écarter de notre esprit l'idée d'une hémoptysie par cause tuberculeuse. Nous n'oublions pas cependant que sa constitution et sa maladie actuelle le disposent à cette affection. Voici les moyens mis en usage pendant ces deux derniers jours. Le jeune homme étant affaibli tant par la maladie que par la diète, et son pouls étant petit quoiqu'un peu fréquent, l'auteur s'est borné à prescrire des boissons froides, aluminées, une potion astringente, des cataplasmes sinapisés et en outre quelques cuillerées de sirop de digitale pour diminuer la fréquence du pouls. Mais l'hémorrhagie étant revenue, quoique peu abondante, on a pratiqué une saignée de 250 grammes (sérum très abondant, caillot petit, recouvert d'une couenne légère, recoquillée), et l'on a continué l'usage du sirop de digitale à la dose d'une cuillerée tous les cinq heures. Onze heures se sont passées sans hémorrhagie; au bout de ce temps, on a eu sept ou huit crachats remplis de sang; pouls petit, à 75. Trente grammes de sulfate de soude ont alors été prescrits dans un verre d'eau. Deux heures après, pas de selle; pouls plus calme, facies naturel. Six heures après, pas encore de selle, et nouveau crachement de sang plus abondant que le précédent. Application sur la poitrine de cataplasmes froids de graine de lin.

Consultation, par M. Cayol. — Nous n'extrairons de la longue consultation de l'auteur que ce qui est particulièrement applicable dans l'espèce. Or, chez ce jeune homme, en éliminant toute idée de pneumonie, de pleurésie, d'apoplexie pulmonaire, de bronchite et de lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux, toutes affections dont les éléments ne se retrouvent à aucun degré dans l'observation qui précède, on voit qu'il ne reste à considérer que deux choses : 1° le *fait* de l'hémoptysie; 2° la *possibilité* de tubercules pulmonaires, soit préexistants, soit consécutifs. On trouve chez notre malade les causes prédisposantes et déterminantes de l'hémoptysie. Dès l'enfance, ce sont des congestions fluxionnaires vers la tête, plus tard des épistaxis. Dans l'adolescence, il offre une taille élancée, les cheveux noirs, une peau velue, la poitrine un peu resserrée vers la partie supérieure, et joint à tout cela un caractère ardent, des passions vives, un usage et peut-être un abus précoce des forces. Le premier ébranlement qui viendrait rompre l'équilibre des fonctions devait être une hémoptysie plutôt que toute autre maladie. Avec tout cela il n'est pas besoin, pour expliquer l'hémoptysie, de faire intervenir l'hypothèse d'une lésion organique occulte et préexistante. D'un autre côté, l'on voit, dans l'intervalle des hémoptysies, un état de santé parfaite, sans toux ni dyspnée, ni palpitations, ni douleurs thoraciques. On peut donc légitimement conclure de cet examen que l'hémoptysie a été primitivement simple, idiopathique ou essentielle. A l'objection qu'on pourrait faire qu'il existe certains cas de tubercules pulmonaires latents, révélés seulement par l'autopsie, chez des sujets qui n'avaient présenté aucun symptôme de maladie de poitrine, M. Cayol répond que ces cas ne se rencontrent guère qu'aux deux extrémités de la vie, dans la première enfance et dans la décrépitude sénile; que, dans l'âge moyen, ces tubercules latents sont des cas exceptionnels sur lesquels on ne peut fonder aucune règle de diagnostic ni de traitement.

La préexistence de tubercules une fois éliminée dans le cas particulier qui nous occupe, il reste à discuter la préexistence d'une diathèse tuberculeuse. On ne trouve dans les commémoratifs de ce jeune homme aucune prédisposition héréditaire, ce qui est déjà beaucoup en sa faveur. On pourrait bien voir quelque chose de strumeux dans ce qu'on appelait dans le pays des *fluxions* au nez et à la lèvre supérieure; mais on pourrait y voir aussi les préludes de ces congestions fluxionnaires qui ont amené les hémorrhagies nasales. Un peu plus tard, l'ophthalmie chronique et la stomatite ulcéreuse sont bien quelques faibles indices de diathèse scrofuleuse; mais il manque à tout cela l'engorgement bien autrement significatif des ganglions du cou.

Maintenant, pour ce qui concerne l'hémoptysie en elle-même, il existe bien des circonstances atténuantes. La première atteinte date de plus de quatre ans, et comme elle s'est renouvelée bien des fois, elle aurait dû, ce semble, déterminer la formation de tubercules, si la prédisposition eût existé à un degré suffisant. Or, cette épreuve de quatre années, la plus décisive sans contredit pour résoudre la question, a tourné jusqu'ici à l'avantage du malade. L'exploration de la poitrine, renouvelée à plusieurs reprises et ces jours derniers encore par plusieurs médecins fort compétents, n'a donné que des résultats tout-à-fait négatifs. Le mémoire à consulter indique, il est vrai, le soupçon d'une légère diminution de la sonoréité vers le tiers supérieur du poumon. Mais on nous écrit qu'un examen ultérieur a dissipé complètement ce soupçon, motivé sans doute par la présence du sang épanché dans les bronches après une attaque récente d'hémoptysie. Quant à des tubercules miliaires disséminés et inaccessibles aux moyens stéthoscopiques, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter pour le temps présent, premièrement, parce qu'il n'en existe point selon toutes les probabilités, car aucun phénomène vital n'en a jusqu'ici décelé l'éruption; en second lieu, sous l'influence d'un bon régime hygiénique et d'un traitement convenable, ces tubercules, quoi qu'en disent les médecins fatalistes, s'en

vont quelquefois comme ils sont venus, sans qu'on sache pourquoi ni comment.

A l'appui de cette dernière proposition, que nous tenons également pour vraie, M. Cayol se cite lui-même comme exemple. Vers l'âge de vingt ans, dans le cours de ses études médicales, à la suite de travaux assidus, il eut des crachements de sang qui se répétèrent pendant plusieurs années avec toux, douleurs de poitrine, amaigrissement effrayant, sueurs nocturnes, etc. L'auscultation n'était pas encore inventée à cette époque; mais tous les signes dits rationnels de la phthisie se trouvaient réunis. Bayle et Laënnec regardaient leur élève comme phthisique et n'espéraient plus le revoir lorsqu'il partit de Paris pour aller respirer l'air natal. Que sont devenus, dit-il, ces tubercules si bien diagnostiqués? Depuis plus de trente ans que la maladie est terminée, il n'a plus eu le plus léger symptôme d'affection ni même de délicatesse de la poitrine.

Suivent maintenant des préceptes sur ce qu'il y a à faire dans le cas particulier qui fait l'objet de la consultation. Tant que le malade restera sous le coup de l'hémoptysie, il doit suivre de point en point les sages prescriptions qui lui ont été faites par son médecin ordinaire. Pour ce qui est de la diète et de la médication antiphlogistique, on se fixera sur l'état du pouls qui en pareil cas doit être la boussole du médecin. La diète rigoureuse n'est admissible que lorsque l'hémoptysie s'accompagne de fièvre continue. Si la fièvre était rémittente ou intermittente, on pourrait permettre, selon les cas, quelques aliments dans les rémissions ou les apyrexies. Lorsqu'il y a seulement accélération ou fréquence du pouls, on doit permettre quelques aliments légers et froids, autant que possible, pour apaiser le sentiment de la faim qui, dans la jeunesse surtout, a quelque chose d'irritant qui provoque et entretient l'accélération du pouls. Tout en permettant les aliments, on ne laissera pas d'insister plus ou moins sur tous les moyens propres à ralentir la circulation. La gravité d'une hémoptysie se mesure, en général, par son degré d'influence sur la circulation bien plus que par les phénomènes locaux de la maladie. Des hémoptysies très abondantes, effrayantes même, n'ont pas ordinairement de suites fâcheuses lorsque le cœur ne s'émeut pas, lorsque le pouls reste calme et normal; tandis que des hémoptysies légères, mais accompagnées de fièvre ou d'une accélération du pouls notable et persistante, sont bien plus souvent suivies de tuberculisation lorsqu'elles sont négligées ou mal traitées. En cas de persistance ou de récidives prochaines de l'hémoptysie, on insisterait plus particulièrement sur la médication révulsive et dérivative (ventouses monstres du docteur Junod). On pourrait, dans la même vue, revenir aux purgatifs salins. Les révulsifs cutanés volants seraient de préférence promenés sur les parties inférieures si le pouls était vif, fréquent et élevé, sur les membres supérieurs et sur la poitrine elle-même si le pouls était normal. Lorsque l'hémoptysie sera bien terminée, on prescrira des aliments de plus en plus substantiels et des exercices proportionnés à l'état des forces, mais passifs d'abord.

Pour prévenir les suites et le retour de l'hémoptysie, on aurait particulièrement recours aux règles d'une bonne hygiène. Il y aurait lieu d'examiner s'il n'y a pas indication de rappeler les épistaxis ou de les suppléer à certaines époques de l'année par l'application de sangsues sur la membrane pituitaire.

M. Cayol recommande aussi la médication dépurative et antiscorbutique, et en particulier le cresson de fontaine, qui a produit chez lui, à ce qu'il paraît, des effets merveilleux. Selon lui, il agit d'autant mieux dans ce cas que le malade se sent plus porté à en faire usage. Il termine enfin en conseillant le séjour à Alger pendant l'hiver, s'il est possible, ou du moins à Rome ou à Pise, ou même du côté de Pau, d'où le malade irait boire les Eaux-Bonnes à la source.

Nouvelles remarques sur l'emploi de l'alcoolé tannique dans le traitement de la leucorrhée et des ulcères du col de l'utérus; par le docteur GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — L'alcoolé tannique est une préparation de noix de galle que l'auteur emploie depuis longtemps avec succès. Voici comment il en indique le *modus faciendi* pharmaceutique modifié et perfectionné par M. Boutigny :

« On introduit dans un assez grand appareil à déplacement huit livres de poudre grossière de noix de galle; cette poudre étant légèrement tassée et recouverte d'une lamelle cribleuse en zinc, on verse dessus cinq litres d'alcool à 33°. Le liquide pénètre la masse couche par couche, successivement, et reste en contact avec la poudre pendant trois ou quatre jours, après quoi on le laisse écouler par le robinet inférieur. Cette opération est répétée trois ou quatre fois, avec une nouvelle addition d'alcool, jusqu'à ce que la poudre soit bien épuisée. Quinze litres d'alcool suffisent pour cela; alors on remplace l'alcool par l'eau, qui, ajoutée à la quantité de cinq ou six litres, déplace et chasse au-dessous d'elle l'alcool que retient la poudre.

» L'épuisement par l'alcool terminé, tout ce liquide est réuni dans le bain-marie d'un alambic pour être distillé, et cette distillation permet de recueillir environ quatorze litres d'alcool sur les quinze employés dans l'opération. Reste dans le bain-marie, après la distillation, un extrait sur lequel, encore chaud, on verse deux litres d'alcool. La solution opérée, on aromatise avec les essences de bergamote, citron, lavande, etc., et la teinture alcoolique de benjoin : on laisse ensuite refroidir en repos, puis l'on filtre au papier. La filtration terminée fournit une liqueur brune, limpide, astringente et aromatique, qui est l'*alcoolé tannique* de M. Gibert. »

Cette liqueur s'emploie en injections, dans la proportion d'un huitième environ sur sept huitièmes d'eau. L'auteur a soin que les fem-

es se servent d'une canule de gomme élas-que à une seule ouverture, de manière à ce ue le jet du liquide pénètre bien dans la pro-ondeur du vagin et vienne encore frapper 'une certaine force le col de l'utérus. Quel-ues essais sur l'homme lui ont prouvé que ces ijections étaient également des plus efficaces ontre la blennorrhée.

Suivent des observations de blennorrhagie, 'ulcères vénériens ou autres du col de l'uté-ùs et de leucorrhée qui ont guéri par les in-ections précitées employées selon les cas soit omme adjuvant, soit comme remède princi-al.

Mémoire sur l'efficacité des frictions mer-urielles dans le traitement de la variole, effi-acité démontrée de nouveau pendant l'épidé-nie variolique de Stains; par M. Goblin, locteur en médecine à Stains, arrondisse-nent de Saint-Denis. Ce n'est pas d'aujour-l'hui que les mercuriaux ont été préconisés lans le traitement de la variole. Nous avons arlé, entre autres, dans le premier numéro e notre collection, page 28, des succès qu'un médecin de Bordeaux prétendait avoir obtenu les frictions mercurielles contre le gonfle-ment des paupières des varioleux. M. Goblin repris des expériences tentées et abandon-nées plusieurs fois. Il s'est hasardé d'abord à rictionner seulement les paupières, les nari-nes, les angles des lèvres et les oreilles, et cela n vue de prévenir la difformité consécutive la cicatrisation. Peu de temps après les fric-ions sur ces parties, il vit les boutons plus ou noins avancés par la suppuration et même remplis de pus s'arrêter dans leur marche, se dessécher et tomber par desquamation. Pas de gonflement phlegmoneux ni érysipélateux de la peau; pas le moindre accident. Enhardi par le succès, l'auteur ordonna des frictions sur la face, les oreilles et la partie supérieure du cou. Le résultat ayant répondu aux pre-mières expériences, M. Goblin a continué d'opérer ainsi jusqu'à ce jour. Voici, du reste, comment il procède: pendant les symptômes précurseurs de la variole, il prescrit des bois-sons émollientes et diaphorétiques, et fait ap-pliquer des sinapismes sur les extrémités infé-rieures pour activer l'éruption. Aussitôt que celle-ci se prononce, il ordonne les frictions avec l'onguent mercuriel double sur toute la figure, quand la variole est confluente. Lors-qu'elle est discrète, on frictionne seulement les boutons les plus saillants et les plus dou-loureux. Le reste du traitement est absolu-ment le même que celui qui a été suivi jusqu'à ce jour. L'action de la pommade mercurielle est, suivant M. Goblin, purement locale; elle a pour principal effet de prévenir la tension érysipélateuse de la peau.

Ce médecin fait observer qu'il croit avoir été le premier à Paris qui ait établi en mé-thode les frictions mercurielles dans le traite-ment de la variole, dès l'année 1834. Rela-tivement à ses derniers succès, il invoque le témoignage de M. Fauconneau-Dufresne, médecin des épidémies du département de la Seine, envoyé par M. le préfet de la Seine pour observer la variole épidémique de Stains.

— M. Fauconneau-Dufresne, pour ré-pondre à l'appel de M. Goblin, a inséré à la suite du mémoire de ce dernier une note où il témoigne de la promptitude étonnante avec laquelle les frictions d'onguent mercuriel fai-saient avorter les pustules. Personne n'a suc-combé dans cette épidémie.

Revue des journaux allemands.

HEIDELBERG ANNALEN.

Cas d'inflammation de la veine porte, obser-vé par le docteur Frey, médecin militaire à Mannheim.

Obs. Un homme de 60 ans, domestique, de bonne constitution, avait joui d'une bonne santé jusqu'à cet âge. La perte qu'il fit alors de son maître lui causa un chagrin excessif et exerça une influence funeste sur sa santé. Après avoir éprouvé pendant quatorze jours des lassitudes inaccoutumées, de l'inappétence, de l'insomnie et une sensation de pression à la ré-gion épigastrique, il eut recours à l'auteur le 5 mars 1844. Voici dans quel état celui-ci le trouva : langue blanche, un peu sèche; évacuations alvines nom-breuses depuis plusieurs jours par suite de la prise d'un cathartique que le malade s'est lui-même admi-nistré; aucune douleur à la pression abdominale lorsque celle-ci est modérée; point de tension ni de gonflement des parois du ventre; soif vive; 95 pul-sations. Le 7, il eut un accès de froid suivi de cha-leur, de soif et de fréquence du pouls, mais sans sueur. De semblables accès se renouvelèrent tous les jours suivants, toutefois sans affecter d'heure fixe, et ne manquèrent que les trois derniers jours de la vie. Nuits passées dans l'insomnie ou avec un som-meil agité. Le malade prit d'abord une infusion d'i-pécacuanha émétisée. Le 9, elle provoqua six évacua-tions alvines de matières verdâtres, ténues et fétides. A la suite de cela, il y eut du gargouillement et de la sensibilité à la région cœcale. Les fonctions thora-ciques restèrent toujours intactes. La diarrhée, tant qu'elle resta modérée, fut combattue par des bois-sons mucilagineuses et de l'eau chlorurée; mais comme il eut la troisième nuit 40 selles et 20 dans la suivante, l'auteur prescrivit de l'eau de gomme avec de la teinture thébaïque, ce qui procura quel-que soulagement au malade. Le pouls s'affaiblit en même temps qu'il devenait petit et faible. Le 13 mai, M. Frey prescrivit le quinquina, l'alun, le camphre, ce qui n'empêcha pas le malade de tomber dans un état sudoral qui acheva d'anéantir ses forces; le pouls s'accéléra encore en s'affaiblissant; la respira-tion s'accéléra également; puis survint l'aphonie; la diarrhée redevint plus fréquente. On prescrivit une décoction de lichen avec de l'extrait de cascarille, du

petit-lait aluminé, des lavements avec de l'acétate de plomb. Tout cela fut inutile, et le malade s'éteignit le 16, onzième jour de sa maladie.

Autopsie. — On trouve épars dans la cavité abdominale un liquide noirâtre et floconneux; les intestins à l'extérieur sont injectés et recouverts d'une transsudation onctueuse. Le péritoine qui revêt le cœcum et la partie inférieure de l'iléon est épaissi; les vaisseaux veineux qu'il recouvre regorgent d'une matière purulente, d'un aspect caséeux et de couleur verdâtre sale. Çà et là se trouvaient, sous le péritoine, de petits foyers purulents de la grosseur d'un œuf de pigeon et remplis de la même matière; ces abcès communiquaient toujours avec quelque veine. Les plus grosses veines étaient toutes remplies de cette masse caséeuse; elles n'offraient point de sang coagulé; leur membrane était épaissie, ramollie et de couleur jaune sale. On ne trouvait point de pus dans le reste du péritoine; ses veines contenaient un sang noir et liquide. La veine porte et sa branche splénique contenaient un fluide roussâtre. La surface du foie était marquée de taches noirâtres; sous ces taches, le foie était friable, et par dessous on trouvait encore de petits foyers purulents; le tout offrait le volume d'une noix. Les rameaux hépatiques de la veine porte renfermaient une humeur roussâtre; la vésicule du foie était distendue par de la bile; la rate, de volume normal, de couleur rousse, contenait peu de sang. La membrane muqueuse de l'estomac, un peu tuméfiée, était d'une couleur gris-ardoise; celles du duodénum et du petit intestin présentaient des marbrures noires au milieu d'une surface injectée.

(*Vol. X, année* 1844.)

DIETRICHS NEUE MEDICINISCHE ZEITUNG.

Formule anthelmintique contre le ver solitaire. — Le docteur DUPUIS, de Mayence, a constamment obtenu le succès le plus heureux depuis que le hasard l'a conduit à employer la médication suivante:

Le malade prend, dès six heures du matin (sans qu'il soit besoin de régime ni de diète préservatrice), la moitié de la poudre qui suit, enveloppée dans un pain à messe:

Pr. Limaille d'étain anglais		1 scrupule.
Tannin pur	de chaque	10 grains.
Gomme gutte		
Éléo-saccharum de cajeput		5 grains.

M., faites une poudre et divisez en deux paquets égaux.

Une demi-heure après avoir pris le premier, le malade prend le second. Si le volume de la poudre paraissait trop considérable, on pourrait, sans inconvénient, supprimer l'éléo-saccharum.

Le malade prend, après chaque poudre, deux tasses de café très fort sans sucre. S'il survient des nausées, on lui donne quelques gouttes d'éther acétique.

Au bout de deux heures arrivent des tranchées pendant lesquelles le ver est expulsé, ordinairement sans être divisé en plusieurs parties. Le malade doit prendre de nouveau du café noir très fort aussitôt qu'il ressent les tranchées.

A la suite de l'expulsion du ver, que l'auteur a ainsi provoquée dans dix cas, il a cru devoir employer un traitement tonique. Il faisait prendre dans ce but, avec du vin, une certaine composition dans laquelle entrent de la teinture de fer, de la teinture de quinquina et du bore (borus).

(1845, p. 130.)

JOURNAL FUR PRAKTISCHE CHEMIE.

Découverte d'une nouveau métal, le ruthenium; par le professeur CLAUS, de Kasân. — Dans une lettre qu'il écrit à M. Hess, l'auteur annonce qu'il a enfin réussi, après un travail non interrompu de deux années, à obtenir à l'état de pureté le nouveau métal qu'il avait annoncé précédemment, et à l'extraire, par un procédé simple, des résidus de platine. Il n'a pu jusqu'à présent l'obtenir que sous forme d'une poudre gris-noirâtre fort légère; il appartient au groupe intéressant des métaux de platine. Ce métal a des caractères si tranchés et si particuliers que l'on ne peut conserver aucun doute sur son existence propre. Son chloride le plus élevé a une belle couleur orangée d'une énergie tinctoriale telle que quelques milligrammes suffisent pour rendre une demi-livre d'eau presque opaque.

M. Claus nomme ce métal *ruthenium*, parce qu'il se trouve en petite quantité dans un corps blanc mentionné par Ozann, formé en majeure partie d'acides silicique et titanique, de peroxyde de fer et de zircone, et considéré par ce chimiste comme un oxyde métallique particulier, qu'il a nommé oxyde de ruthenium. La découverte du nouveau métal avait échappé à Ozann.

(*Vol. XXXIV, cah. II et III.*)

OESTERREICHISCHE MEDISCINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Des feuilles de belladone comme puissant palliatif dans l'hémoptysie; par le docteur SCHROEDER. — On prend un gros ou environ de feuilles de belladone desséchées et hachées; on les jette sur des charbons ardents et l'on fait respirer au malade les vapeurs qui s'en dégagent. L'auteur dit qu'il tient ce moyen d'un empirique, mais qu'il s'est par lui-même assuré de son efficacité. Il a toujours réussi en l'employant à arrêter l'hémorrhagie pulmonaire. Ces vapeurs n'ont aucun effet nuisible; rarement elles réveillent la toux; dans quelques cas le malade éprouve un sentiment de bien-être dans toute la poitrine. Chose étonnante, les vapeurs de belladone provenant d'une décoction, ou le même médicament administré à l'intérieur, n'ont jamais paru à l'auteur procurer le moindre avantage. Il y a déjà longtemps que l'on a recommandé aux individus atteints de toux convulsive de fumer les feuilles de belladone en guise de tabac. Schoenlein recommande aussi ce moyen contre l'hématémèse.

Revue des journaux italiens.

MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Quelques faits à l'appui de la vertu fébrifuge de la graisse purifiée ; par le docteur Giovanni BRUNETTA. — A la quatrième réunion du congrès scientifique italien, tenu à Padoue, le docteur Cristofori lut un mémoire intitulé : *Sur la fièvre intermittente et sur un nouveau moyen de la guérir.* Ce moyen consistait tout simplement à faire oindre de trois heures en trois heures toute la superficie du corps des fébricitants avec de la graisse purifiée.

M. Brunetta, considérant de quelle importance serait pour les classes pauvres la constatation des propriétés fébrifuges d'une matière aussi peu coûteuse, s'est livré à des expériences dont il consigne ici les heureux résultats dans douze observations dont nous signalerons les points saillants.

OBS. 1. — Le premier individu sur lequel l'auteur expérimenta les onctions graisseuses fut un nommé Bartolo Piccinini, âgé de quinze ans, marin de profession, qui, dans l'intervalle de la mi-septembre jusqu'à la fin d'octobre 1843, avait été deux fois pris de fièvre tierce et guéri sous l'influence d'une purgation par un sel amer, suivie de l'emploi du sulfate de quinine. Vers le milieu du mois de novembre, cet individu s'étant exposé aux mêmes miasmes marécageux fut repris de la fièvre pour la troisième fois. Après lui avoir prescrit un sel amer, l'auteur lui fit faire, dans le jour de l'apyrexie, des frictions universelles avec la pommade d'axonge, lesquelles durent être répétées toutes les trois heures. La fièvre ne reparut pas le lendemain ni le troisième jour en suivant, et le malade, après avoir subi quelques frictions, prit un bain et se considéra comme guéri.

OBS. 2. — Antonia Pupolini, âgée de vingt ans, accouchée depuis quinze jours, fut prise d'une fièvre tierce, et, après avoir éprouvé six accès, elle s'adressa à l'auteur, se plaignant en même temps de certains symptômes gastriques. Celui-ci lui administra du sulfate de magnésie qui n'empêcha pas le retour d'un autre accès. Les onctions de graisse furent alors prescrites. Cinq onctions suffirent pour en avoir raison. La fièvre ne se reproduisit plus.

OBS. 3. — Le 25 novembre 1843, une petite fille de quatre ans en était à son huitième accès d'une fièvre tierce. M. Brunetta lui prescrivit un mélange purgatif de calomel, de jalap et de santonine. Le lendemain l'accès revint comme les jours précédents. Il lui fit faire alors trois onctions pendant le jour de l'apyrexie ; elles suffirent pour conjurer l'accès suivant.

OBS. 4. — Dans les premiers jours de juillet 1844, la même enfant fut prise de fièvre périodique quotidienne. L'auteur, appelé après le troisième accès, trouvant un embarras gastrique considérable, prescrivit un purgatif composé de jalap et de sirop de chicorée, lequel provoqua de nombreuses évacuations alvines et la sortie d'une multitude de lombrics, mais sans influencer le moins du monde la fièvre qui se montra de plus en plus légitime et régulière. L'auteur prescrivit alors des onctions générales de graisse aux heures de l'apyrexie pendant les trois jours suivants. Les accès disparurent sans retour.

OBS. 5. — Rosa Boscarola, âgée de quarante ans, atteinte depuis trois ans d'une métrite chronique, qui menaçait de dégénérer en squirrhe utérin, fut prise de fièvre quotidienne dans les premiers jours de mars 1844. Après l'avoir purgée pendant deux jours avec l'huile de ricin, l'auteur lui prescrivit de faire pendant huit jours deux frictions d'axonge chaque jour dans l'intervalle des accès. Ceux-ci diminuèrent graduellement d'intensité et ne revinrent plus passé le cinquième jour.

OBS. 6. — Cette même femme, qui par le fait de ses occupations est très exposée à l'influence des miasmes, fut reprise, dans les derniers jours de juillet 1844, de la fièvre périodique, mais avec type tierce. Après l'administration de l'huile de ricin, il suffit de quatre frictions avec la graisse pour empêcher le retour des accès.

OBS. 7. — Rosa Provedello, âgée de 30 ans, sept jours après son accouchement fut prise d'érysipèle phlegmoneux de la mamelle gauche le 20 octobre 1843. On eut beau pendant les huit jours suivants employer largement les saignées, les sangsues, l'huile de ricin et enfin le nitre à haute dose, on ne put arrêter la marche de l'inflammation qui se termina par suppuration. L'ouverture artificielle de l'abcès venait de mettre fin aux accidents inflammatoires, lorsque le dixième jour la malade fut prise d'une forte fièvre à laquelle préludèrent des douleurs atroces dans les membres et dans les lombes et un froid intense, phénomènes qui ne disparurent qu'après une sueur copieuse, pour faire place à une apyrexie de dix heures qui fut loin d'être absolue et fut ensuite suivie d'un nouvel accès encore plus intense.

Après le troisième paroxysme, cette femme eut le corps enduit de graisse quatre fois dans le cours de la journée; la fièvre revint le soir, mais beaucoup moins forte. Le lendemain matin, pendant la rémission, on fit trois nouvelles frictions qui, pour le coup, prévinrent merveilleusement le retour de la fièvre, quoiqu'elle parût devoir être entretenue par la mastoïte érysipélateuse.

OBS. 8. — Basilio Pivelta, enfant de quatorze mois, est atteint, à la fin de juillet de la même année, de fièvre quotidienne avec symptômes vermineux. L'auteur débuta, comme d'habitude, par son purgatif ordinaire de santonine, de calomel et de

jalap qui, comme d'habitude aussi, purgea fort bien et ne chassa pas la fièvre ; mais trois onctions suffirent pour en avoir raison.

Obs. 9. Andrea de Mattia, marinier, de 26 ans, eut divers accès de fièvre périodique qu'il fut obligé de supporter tant bien que mal en continuant ses occupations. La révélation qu'il fit à l'auteur des symptômes qu'il avait éprouvés fit penser à celui-ci qu'il était atteint d'une fièvre double tierce compliquée de *sous-gastro-hépatite* et de congestion cérébrale. Le même jour, l'auteur lui fit une large saignée qui se couvrit d'une légère couenne ; il lui administra en outre un sel amer avec une bonne dose de nitre, ce qui n'empêcha pas la fièvre de revenir sur le soir avec encore plus de violence qu'auparavant.

Le jour suivant, qui était le 12 novembre, on purgea avec la rhubarbe et le calomel, l'accès fut plus doux le soir ; mais, le 13, l'accès fut plus intense que jamais. Quatre onctions faites au déclin de l'accès et deux autres faites ensuite eurent totalement raison de cette fièvre.

Obs. 10. Francesco de Marchi, âgé de 30 ans, menuisier, fut pris, au milieu d'octobre, d'une fièvre quotidienne compliquée de diarrhée. Il eut d'abord douze accès, pendant lesquels il s'administra de son chef deux fois de la crème de tartre et une autre fois un sel amer avec de la rhubarbe. Le treizième accès présenta quelques caractères pernicieux qui déterminèrent Marchi à s'administrer toujours lui-même le sulfate de quinine au moyen duquel il se procura un répit de vingt-six jours. Nouveaux accès, nouvelles purgations et nouvelles doses de spécifique qui amènent un répit d'abord de six jours et ensuite de quinze. Le malade, pour en prévenir le retour, prend chaque jour de petites doses de quinquina. Malgré ces précautions, elle revient au bout de vingt-deux jours avec le type tierce. Le troisième accès est accompagné de douleurs très vives aux jambes depuis le commencement du paroxysme jusqu'à son déclin. Après avoir prescrit à ce malade une nouvelle dose d'un sel amer, l'auteur lui fait faire six onctions pendant le jour de l'apyrexie, et ces six applications de graisse suffisent pour avoir raison d'une fièvre qui avait résisté à 80 grains de sulfate de quinine et à 4 onces de quinquina.

Obs. 11. — Individu qui est atteint de fièvre quotidienne au déclin d'une *cardio-artérite rhumatismale*. Huit onctions en deux jours triomphent de la fièvre.

Obs. 12. — Niccolo Piccinini, marinier, a eu pendant sa vie de nombreux accès de fièvre qui ont amené chez lui des obstructions abdominales. Revenant, à la fin d'août 1843, à travers les marais voisins de Venise, il fut pris d'une *sous-splénite* compliquée de fièvre quotidienne gastrique. On dirige contre les complications une large saignée, l'émétique à dose vomitive et l'administration d'un sel amer. La fièvre quotidienne persiste ; on prescrit les onctions de graisse à répéter trois fois. Toutefois, un peu plus tard qu'à l'heure ordinaire de l'accès, le malade ayant accusé du frisson et étant d'ailleurs obligé par ses affaires de quitter le pays sans retard, l'auteur lui prescrivit douze grains de sulfate de quinine après l'accès qui ne se renouvela plus. C'est le seul cas dans lequel l'auteur se soit cru obligé de faire venir le sulfate de quinine en aide aux frictions.

Le docteur Brunetta, joignant ces faits à ceux du docteur Cristofori, prie ses confrères de mettre à profit un moyen qui par son bas prix conviendrait aux classes pauvres et offrirait aussi de grands avantages pour les enfants qui ne veulent pas ou qui ne peuvent pas prendre le quinquina.

(*Cahier de mars et avril* 1845.)

GIORNALE DELLA SOCIETA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO.

Sciatique opiniâtre guérie par les moxas ; par le docteur Cravera. — Il s'agit ici d'une affection qui sort de la ligne ordinaire, d'une sciatique traumatique. C'est à ce titre, principalement, que l'observation suivante nous paraît offrir de l'intérêt.

Obs. — Un soldat de cavalerie se frappa sur la fesse gauche en tombant de cheval ; il en résulta des douleurs atroces en ce point. On le traita par le repos au lit, les ventouses scarifiées dans le trajet du nerf sciatique, des cataplasmes, des vésicatoires volants. Il s'ensuivit une amélioration suffisante pour permettre au malade de retourner à son régiment. Cependant la moindre fatigue suffisait pour réveiller les douleurs et nécessiter un repos absolu. Au bout d'une année environ, elles s'exaspérèrent au point que le malade dut entrer à l'hôpital où le docteur Cravera le traita encore par les cataplasmes, les vésicatoires volants et la diète. L'amélioration fut rapide, mais tout aussi peu constante que la première fois, et le soldat continua à traîner ainsi une nouvelle année. A cette époque, le membre s'était évidemment rapetissé ; le malade boitait pour éviter la douleur que lui causait la contraction musculaire. Cette douleur avait son point de départ, tantôt au niveau du sacrum, tantôt au niveau du grand trochanter, suivait le trajet du nerf sciatique et se terminait au dos du pied en passant par la malléole externe. Après avoir essayé pendant deux mois encore divers autres remèdes, le docteur Cravera eut recours aux moxas. Le 7 octobre 1843, il en appliqua un volumineux derrière le grand trochanter, entre cette apophyse et la tubérosité de l'ischion ; un autre moxa fut appliqué vers la tête du péroné. Des cataplasmes furent mis sur les eschares. Pendant vingt jours il y eut une suppuration abondante, mais sans amélioration. Le 27 du même mois, on mit derrière le grand trochanter deux nouveaux moxas qui suppurèrent vingt-trois jours. Les douleurs diminuèrent à l'époque où les petites

plaies commencèrent à se fermer; en même temps, la force et l'agilité renaissaient dans le membre. Un quatrième moxa fut mis au-dessous des trois précédents; il y eut également une nouvelle amélioration à dater du moment de la cicatrisation; le membre s'allongea et les articulations reprirent leur mobilité naturelle. La guérison fut achevée par un cinquième moxa, et depuis elle ne s'est pas démentie.

(*Janvier* 1845.)

De l'action lithontriptique de l'uva ursi; par le docteur FENOLIO.

OBS. — Un vieillard calculeux avait la fièvre et éprouvait des douleurs atroces de vessie. Il ne voulait pas qu'on le sondât. L'auteur lui prescrivit une décoction d'*uva ursi* préparée ainsi qu'il suit : Pren. uva ursi 12 grammes, eau de fontaine 210 grammes; faites bouillir pendant un quart d'heure; passez; ajoutez sirop de gomme 15 grammes, à prendre en trois fois. Au bout de trois jours de l'usage de cette tisane, le malade rendit 13 calculs assez gros par l'urèthre; cinq jours après il en rendit 90. L'ensemble formait une masse considérable. Les souffrances et la fièvre disparurent.

Revue des journaux anglais.

PROVINCIAL MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Année 1844.

Réunion d'un nerf divisé.—Le docteur OKE rapporte qu'en coupant les muscles pour une opération de nécrose humérale, il ne put éviter de diviser le nerf musculo-cutané, ce qui amena à l'instant même une paralysie des mouvements de la main. Ce résultat parut d'autant plus fâcheux qu'on craignit que le malade, qui avait une assez belle écriture, ne pût jamais recouvrer les mouvements perdus. Pour compenser autant que possible ce désagrément, le malade, aussitôt que l'état de son bras droit lui permit de sortir, fut envoyé chez un maître d'école pour y apprendre à écrire de la main gauche, et en quatre mois cette nouvelle éducation fut terminée. Précisément à la même époque, il sentit le mouvement lui revenir dans les doigts; il ne fallut que quelques semaines pour qu'il recouvrât son degré antérieur de perfection et l'opéré se trouva alors habile à écrire des deux mains.

L'auteur considère avec raison ce fait comme fort important. Mais il est loin d'être le seul et l'on en a vu de plus étonnants. M. Marjolin se plaît souvent à citer une opération dont il fut témoin, et dans laquelle le chirurgien, M. Michon, fut dans la nécessité de comprendre avec l'extirpation d'une masse dégénérée plus d'un pouce du tronc du nerf sciatique. La paralysie de tous les mouvements du membre devait en être la conséquence. Eh bien! néanmoins cette personne après sa guérison a recouvré un degré d'agilité musculaire tel qu'elle pouvait danser et valser comme auparavant.

Paralysie de l'œsophage suivie d'hémiplégie; électro-magnétisme; guérison; par le docteur SHEARMAN.

OBS. — Une dame de cinquante-un ans avait souffert depuis quelques mois d'un tic douloureux dans le nerf maxillaire inférieur droit. Le 31 janvier 1841, elle fut prise soudainement d'un vomissement extraordinaire. Elle s'évanouit et perdit l'usage de ses membres, mais seulement dans la position verticale. Le 1er février, vers le soir, elle cessa de pouvoir avaler. Les autres symptômes persistaient. Il n'y avait pas d'accidents inflammatoires. Il survint ensuite une paralysie du côté gauche de la face et des membres du même côté. La malade devint très faible; aucun stimulant n'avait de prise sur elle. Le docteur Shearman traita ce cas comme une paralysie succédant à une attaque légère d'apoplexie. Rien ne pouvait être introduit dans l'estomac sans le secours de la sonde œsophagienne. Le 25 février, l'auteur fit avec le consentement de sir A.-J. Knigt l'application de l'électro-magnétisme à la nuque et au cou, le long de l'œsophage, au côté gauche du visage et sur le trajet des nerfs des membres paralysés depuis leur origine à l'épine jusqu'à leur terminaison. L'opération durait une heure au moins et fut répétée trois fois chaque jour durant le premier mois, puis deux fois seulement. On injectait, au moyen de la sonde, des matières nutritives et stimulantes dans l'estomac. A dater du 9 mars, il ne fut plus besoin d'employer le tube œsophagien. On administrait des sels de quinine et d'autres toniques puissants; on surveillait attentivement l'état des organes digestifs. Le 26 juin, la malade put descendre et monter facilement les escaliers. On cessa petit à petit depuis ce temps les applications électro-magnétiques. La guérison s'est bien complétée et maintenue depuis.

Ce cas est un des plus rares parmi ceux qui se rencontrent dans la pratique. Pendant le cours du traitement, sir A.-J. Knight et le docteur Shearman avaient consulté les praticiens les plus estimés pour avoir leur avis sur le diagnostic. Abercrombie avait répondu pour sa part qu'il lui était impossible de dire quel était l'état de la moelle épinière. Presque tout le monde était d'ailleurs d'accord qu'il n'y avait pas de lésion organique de la moelle. Maintenant, il est fort difficile de dire si la guérison a été obtenue par l'emploi de l'électro-magnétisme ou par l'usage des toniques, ou bien si elle s'est opérée sans eux, si même le galvanisme ne l'a pas retardée. Le docteur Shearman employait indifféremment le pôle positif ou négatif; c'était le sort qui en décidait. Or, maintenant les partisans du galvanisme sont loin d'être d'accord sur l'effet de chaque pôle en particulier, les uns disant que c'est le pôle positif qui ranime les forces de la vie

tandis que le négatif opèrerait tout le contraire, les autres étant d'un avis entièrement opposé. Il n'existe pas assez de faits de ce genre pour qu'on puisse prononcer, avec quelque apparence de probabilité, qui a raison et si même quelqu'un d'eux a raison. Quant au cas que nous venons de rapporter, la société médicale de Sheffield, devant laquelle le fait a été exposé en détail, a généralement adopté l'opinion que la guérison était due à l'électro-magnétisme. Abercrombie avait aussi quelque confiance dans l'emploi de ce moyen.

Sur les douleurs lombaires; par W.-S. Oke, M. D., de Southampton. — Il n'y a pas de douleurs que les malades accusent plus fréquemment que celles dites des *reins*. L'auteur a pris pour tâche de faire ressortir leurs différentes significations symptomatologiques. Ces douleurs peuvent provenir des muscles, du foie, du duodénum, des reins, du colon, de l'utérus, de l'aorte, de l'épine dorsale ou d'une collection purulente sur le psoas, indépendante d'affection vertébrale.

Si la douleur est de *nature rhumatismale*, la moindre pression et le moindre mouvement des muscles l'augmentent. Il y aura aussi probablement du rhumatisme dans d'autres parties du corps; il n'y a pas de désordres notables; l'urine est fortement colorée et sédimenteuse.

Si la douleur tient à un *dérangement des fonctions hépatiques*, elle se fait sentir le long des nerfs splanchniques en s'irradiant vers les omoplates; les évacuations alvines sont surchargées de bile, ou bien, au contraire, elles en sont privées, ou bien il y aura quelque symptôme morbide dans la sécrétion de ce principe; l'urine aura une teinte bilieuse; il peut y avoir congestion des veines hémorrhoïdales; l'individu est abattu.

Lorsque le dérangement a lieu dans les fonctions du *duodénum*, la douleur s'aggrave trois ou quatre heures après le repas, elle se fait sentir vers le côté droit de l'abdomen et persiste jusqu'à ce que les aliments soient passés dans le jéjunum. Il y a prédominance de symptômes dyspepsiques et souvent des pustules apparaissent sur le visage. L'auteur a vu un cas où il y avait des furoncles très douloureux.

Si la douleur provient des *reins*, elle suit le trajet des nerfs spermatiques jusqu'au ligament rond chez la femme et jusqu'aux testicules chez l'homme; le testicule est souvent alors rétracté sur le muscle crémaster par l'effet de la douleur. L'irritation se communique plus ou moins à la muqueuse vésicale; alors l'urine dépose du mucus, de la matière calculeuse, du sang, du pus ou de l'albumine, suivant la nature du cas. La vessie peut aussi être malade par elle-même.

Les douleurs lombaires qui proviennent de l'*utérus* se rapportent soit à une lésion organique, soit à une lésion fonctionnelle. Dans le dernier cas, la douleur aura un caractère névralgique; elle viendra par paroxysme et s'étendra le long des hanches et de l'hypogastre, elle s'accompagnera de phénomènes hystériques et souvent aussi d'une augmentation de la sécrétion menstruelle. S'il y a lésion organique, la douleur est constante, intense; elle suit le trajet du nerf crural antérieur jusqu'au milieu des cuisses, il y a un écoulement médiocre mais douloureux du vagin. Le visage a une teinte jaunâtre comme dans les affections organiques en général.

Si c'est le *colon* qui est malade, il y a constipation, développement considérable de cet intestin, ou bien les fèces ont un diamètre rétréci, ou bien l'intestin est douloureux à la pression surtout à ses portions ascendante et descendante. On trouve dans les évacuations alvines du mucus ou des hachures de lymphe affectant la forme de vermicelle bouilli.

Si la douleur lombaire se rapporte à quelque *dilatation artérielle*, l'auscultation met quelquefois sur la voie du mal; mais dans la majorité des cas l'idée d'un anévrysme de l'aorte vient rarement à l'esprit du chirurgien lorsque la maladie n'en est encore qu'à son début et même à un degré plus avancé de la dilatation; il peut en résulter une compression des nerfs spermatiqnes qui mettra sur la fausse voie d'une affection rénale. L'auteur rapporte qu'il eut, il y a quelques années, un cas de ce genre chez un homme entre les deux âges. La douleur était constante et fort pénible; elle partait des lombes en suivant le trajet des nerfs spermatiques et elle fit d'autant mieux croire à une lésion organique des reins, qu'il y avait toujours eu des désordres fonctionnels de ce côté-là. A la fin cependant le sac anévrysmal s'approcha de la surface de l'abdomen et il ne put plus y avoir de doute sur la nature de la maladie.

Lorque la douleur provient d'une maladie de la *colonne vertébrale*, elle s'exaspère à la pression des apophyses épineuses au point qui est le siége de la lésion, ou lorsque le malade vient à frapper soudainement une surface inégale avec ses orteils. Il y a action involontaire des muscles, particulièrement des fléchisseurs des jambes, diminution de température, sensations anormales, altération dans la puissance musculaire des extrémités inférieures. Quelquefois le diagnostic se trouve éclairé par la saillie de quelques apophyses épineuses.

Enfin, si la douleur lombaire se lie à une *collection purulente siégeant sur le muscle psoas et sans lésion vertébrale*, cette douleur est continue, sourde, profonde; elle s'étend le long des psoas et suit la direction que prennent les fusées de pus. La douleur est augmentée par la flexion de la cuisse sur l'abdomen; la marche est pénible. Il existe en outre quelques signes d'une affection strumeuse et des symptômes de fièvre hectique. Le diagnostic n'offre plus de difficulté si la tumeur purulente se fait jour dans la région inguinale.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juin 1845.

Présidence de M. CAVENTOU.

Pellagre.—M. le docteur GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

La lettre de M. Théophile Roussel lue dans la dernière séance et relative à la pellagre contient une légère inexactitude qu'il importe de rectifier. Le fait de pellagre observé pour la première fois à Paris en 1842, à l'hôpital Saint-Louis, quoique publié avec mon autorisation par M. Roussel (alors élève interne de mon service) dans la REVUE MÉDICALE (de juillet 1842), a été recueilli sous mes yeux, signalé dans le temps par moi-même à l'Académie, et mis ensuite à la disposition de M. le rapporteur qui en a fait usage dans son travail.

Il n'est donc pas exact de dire :

1° Que ce fait a précédé d'un an l'observation que j'ai recueillie dans le même hôpital en 1843 ;

2° Qu'il était resté inconnu à M. le docteur Jolly, rapporteur de la commission académique.

Je désire qu'il soit donné lecture de cette rectification.

Agréez, etc.

Plaie du foie.— M. Gerdy fait un rapport sur un mémoire de M. ROUX, de Saint-Pétersbourg, relatif à un cas de plaie du foie à l'occasion duquel l'auteur a examiné toutes les questions qui se rattachent à ce sujet. M. Roux, dit le rapporteur, à rendu un véritable service à la science en établissant deux indications importantes dans le traitement des plaies du foie avec hémorrhagie ; savoir : 1° d'arrêter l'hémorrhagie ; 2° de donner issue au sang épanché dans le but de prévenir la péritonite mortelle qui en est si fréquemment la suite.—Conclusions. remercier l'auteur de sa communication ; inscrire son nom sur la liste des correspondants étrangers ; insérer son mémoire dans le BULLETIN.

—M. DUPUY profite de cette occasion pour rappeler qu'il a proposé dans le temps un moyen hémostatique d'une grande puissance. La matière cérébrale du mouton jouit à un très haut degré de la propriété de coaguler le sang et d'arrêter immédiatement les hémorrhagies. Une diminution de matière cérébrale, injectée dans la veine crurale d'un animal, a amené la mort en quelques minutes. On a trouvé le sang coagulé dans le cœur et dans tous les vaisseaux, comme M. Dupuy l'avait prédit. Il pense, d'après cela, que les chirurgiens pourraient tirer un grand parti de ce fait.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

(*Séance du 24 juin.*)

M. GAETANI-BEY, premier médecin du vice-roi d'Égypte, est présent à la séance. M. le président l'invite à signer la feuille de présence et à prendre place parmi les membres.

Contagion de la fièvre typhoïde.—M. GAULTIER DE CLAUBRY lit sur cette question un travail original dans lequel il s'efforce de démontrer les deux propositions suivantes :

1° La fièvre typhoïde et le typhus sont deux maladies identiques ;

2° La fièvre typhoïde, comme le typhus, est contagieuse.

M. Gaultier de Claubry s'attache à démontrer que la symptomatologie et les lésions anatomiques sont effectivement les mêmes dans les deux cas. La contagion de la fièvre typhoïde ne lui paraît pas pouvoir être sérieusement contestée. Il rapporte huit faits recueillis dans sa pratique et choisis parmi ceux qui étaient le plus propres à mettre hors de doute la contagion. Ces faits ont été recueillis dans des familles riches et aisées, occupant des habitations saines, bien aérées. Dans ces huit cas, la maladie s'est constamment communiquée des individus malades à des individus sains qui avaient eu des communications fréquentes avec les premiers pendant le cours de leur maladie. Ces faits se sont tous passés dans une même famille. Si au lieu de cela, ajoute-t-il, ils se fussent manifestés entre des personnes étrangères, il y a tout lieu de croire que je les eusse ignorés.

Vous avez entendu M. Rochoux vous dire qu'il défiait les médecins des hôpitaux de citer un seul cas bien avéré de contagion. Il suffirait de citer l'opinion de M. Louis et celle de M. Chomel pour réduire cette objection à sa juste valeur. Quant à moi, qui n'ai que rarement l'occasion de fréquenter les hôpitaux, j'ai vu cependant, en 1835, un cas de contagion bien manifeste dans un de ces établissements et j'en fis même la remarque aux chefs de service et aux internes qui ne s'en étaient pas aperçus. Il m'est permis, d'après ce seul fait, de supposer que des faits de cette nature passent souvent inaperçus faute d'attention.

Une autre circonstance enfin qui contribue pour beaucoup à faire méconnaître la contagion, c'est l'immunité dont un très grand nombre de personnes jouissent par rapport à la fièvre typhoïde. Dans ce cas sont tous les individus qui en ont déjà été affectés ; car on n'est communément atteint qu'une fois de la fièvre typhoïde. Or, si l'on tient compte de la proportion considérable d'enfants qui ont la fièvre typhoïde, on ne sera pas surpris qu'un grand nombre d'adultes soient à l'abri de son atteinte alors même qu'ils sont exposés à la contagion.

M. ROCHOUX, après avoir posé en principe que la vérité est du côté de celui qui distingue le plus et le mieux, attaque ensuite de point en point les propositions de M. Gaultier de Claubry. Pour lui, le typhus et la dothinentérite sont des maladies essentiellement différentes. Tout diffère entre ces deux maladies,

causes, symptômes, lésions anatomiques, traitement.

Le typhus reconnaît deux causes bien manifestes, l'encombrement et la contagion. La dothinentérite reconnaît-elle les mêmes causes? Tout le monde sait que rien n'est plus obscur que l'étiologie de cette maladie. L'acclimatement à Paris joue un rôle important dans sa production; l'alimentation semble n'y être pas étrangère. Tout le monde connaît l'immunité des vieillards pour la dothinentérite; il n'en est pas de même pour le typhus et les autres fièvres graves: M. Delaroche a succombé au typhus à l'âge de soixante ans; le Titien mourut de la peste à plus de quatre-vingt-dix ans. Enfin ce n'est pas l'encombrement qui produit la dothinentérite.

Passons aux symptômes. Un des symptômes caractéristiques du typhus est un délire particulier, ayant quelque ressemblance avec l'ivresse. C'est un aspect brillant particulier des yeux; c'est une odeur particulière qui ne ressemble à aucune autre. C'est enfin l'éruption pétéchiale, si bien décrite par Fracastor, par Amb. Paré, Pringle, etc., et que l'on a retrouvée en Morée pendant la guerre de l'indépendance, que M. Biett a vue et très bien décrite lors de l'épidémie de 1815. Il faut être beaucoup plus arriéré de nos jours qu'on ne l'était autrefois pour confondre ces taches pétéchiales, réellement caractéristiques du typhus, avec les taches rosées de la dothinentérite.

La marche de la maladie n'est pas la même; celle du typhus est toujours rapide; la maladie est presque toujours jugée au quatorzième jour, tandis que la dothinentérite a le plus ordinairement une durée beaucoup plus longue.

Quant à la contagion, on sait déjà ce que je pense à cet égard. J'ai reçu dernièrement de la Touraine, pays où l'on a inventé la contagion, une note dans laquelle on me signalait une épidémie de fièvre typhoïde contagieuse; mais c'était tout simplement une erreur de diagnostic.

Enfin, on parle de l'anatomie pathologique; mais comment la faisait-on en 1811?

Pour le traitement prophylactique, mêmes différences. On se met facilement à l'abri du typhus par l'isolement, tandis qu'on ne se soustrait d'aucune manière à la fièvre typhoïde. On dit que les étudiants qui ne contractent pas la fièvre typhoïde dans les hôpitaux le doivent à ce qu'ils ont eu probablement la maladie dans l'enfance. Pur roman. La fièvre typhoïde n'atteint pas le vingtième de la population; si elle était contagieuse, elle attaquerait tout le monde. Remarquez d'ailleurs que les élèves en médecine contractent en général la fièvre typhoïde pendant les premières années de leurs études, c'est-à-dire à une époque où ils ne fréquentent pas encore les hôpitaux.

M. Gaultier de Claubry. M. Rochoux ne récusera pas l'ouvrage de MM. Petit et Serres. Or, cet ouvrage a été fait avec des observations recueillies avant 1811. J'ajouterai à l'opinion de ces auteurs celle de M. Cruveilhier, qui dit formellement avoir constaté les mêmes lésions dans la fièvre typhoïde et le typhus de 1814.

Quant à ce qu'a dit M. Rochoux concernant le caractère particulier du délire dans le typhus, ce caractère n'a pas grande valeur, car il n'ignore pas sans doute qu'il y a autant de formes de délire que de cas particuliers. J'en dirai autant du signe tiré de l'aspect des yeux.

M. Mérat s'en prend aussi à M. Rochoux sur ce qu'il a dit de l'anatomie pathologique qui se faisait en 1811. A-t-il oublié qu'à cette époque c'étaient Corvisart, Laënnec, Bayle lui-même, qui dirigeaient les recherches d'anatomie pathologique?

M. Castel. La contagion, telle qu'on l'envisage, est une chimère; ce n'est pas un être absolu, mais un être relatif; c'est un épiphénomène. Elle ne constitue pas le caractère essentiel de telle ou telle fièvre. Quant à la conformité que l'on dit exister entre la fièvre typhoïde et le typhus, on pourrait, jusqu'à un certain point, dire aussi qu'elle existe entre toutes les fièvres, car elles n'ont pas de caractères absolus; elles se transforment et dégénèrent souvent les unes dans les autres.

Plusieurs membres demandent la parole. Vu l'heure avancée, on renvoie la discussion à la prochaine séance.

Eclampsie puerpérale.— M. Hullin, médecin à Mortagne, lit une observation d'éclampsie puerpérale, ayant duré trois jours et heureusement terminée sous l'influence des bains réitérés et affusions froides sur la tête. L'auteur émet quelques considérations sur l'indication de terminer l'accouchement dans cette circonstance. Dans le cas qu'il rapporte, l'accouchement ne mit pas un terme à l'éclampsie, mais il en modéra considérablement les symptômes. (Commissaires, MM. Moreau et Villeneuve.)

Séance du 1er juillet.

M. Hameau, médecin à la Teste (Gironde), adresse une lettre dans laquelle il réclame pour lui la priorité de la découverte de la pellagre en France. Depuis la description qu'il en a donnée le premier, dit-il, on n'y a rien changé, et ce n'est pas sans surprise qu'il a vu son nom complètement oublié dans les nombreuses communications qui ont été faites à l'Académie sur ce sujet.

Correspondants nationaux. — A la suite d'un rapport et d'une discussion sur ce sujet, l'Académie s'en tient à l'adoption des propositions suivantes:

1° Tous les trois ans, dans la première séance de mai, le conseil d'administration soumettra à l'Académie la question de savoir s'il y a lieu de faire de nouvelles nominations.

2° La commission sera nommée trois mois à l'avance.

3° Le rapport fera connaître les pertes que l'Académie aura faites parmi ses membres correspondants dans le cours de l'année et leur répartition dans les différents départe-

ments. Il devra contenir en outre l'indication raisonnée des titres des candidats aux places vacantes.

4° Enfin les nominations seront partagées, autant que cela pourra se faire, dans les sections de médecine, de chirurgie, de médecine vétérinaire, dans les mêmes proportions que celles des membres titulaires.

Lithotritie. — M. Ségalas présente les débris d'un calcul qu'il a broyé chez un homme âgé de 70 ans, et qui avait à la fois un catarrhe chronique de la vessie, un rétrécissement de l'urèthre et un engorgement de la prostate. Le calcul était en outre divisé en deux parties, l'une libre dans la vessie, l'autre enchatonnée dans une lacune dilatée de cet organe; ce qui a nécessité des manœuvres difficiles et prolongées. M. Ségalas n'est parvenu à broyer et à extraire cette seconde portion de calcul qu'en se servant d'un brise-pierre dont il avait cassé l'une des branches à son extrémité afin de s'en servir ponr user la pierre. Grâce à ce moyen et malgré cette réunion de conditions fâcheuses, le malade a bien guéri.

Séance du 8 juillet.

Identité de la fièvre typhoïde et du typhus. L'ordre du jour appelle la discussion sur cette question, interrompue depuis la séance du 24 juin. M. Rochoux répond aux argumentations de MM. Castel, Mérat et Gaultier de Claubry.

M. Dubois (d'Amiens) dit qu'il n'a pas entendu sans regret M. Castel s'élever contre la distinction de l'infection et de la contagion, et ne considérer cette dernière que comme un accident éventuel, un épiphénomène. M. Dubois résume son opinion par les deux propositions suivantes : 1° le typhus et la fièvre typhoïde me paraissent deux maladies identiques, ne différant que par le degré seulement ; 2° il ne me paraît pas démontré que la fièvre typhoïde se propage par voie de contagion.

Séance du 15 juillet.

Associés étrangers. — L'Académie procède au scrutin pour la nomination de huit membres associés étrangers. MM. Burdach, Lawrence, Müller, Liebig et Brodie, ayant seuls réuni la majorité des suffrages, sont proclamés membres associés étrangers de l'Académie. La nomination des trois autres est renvoyée à la séance prochaine.

—M. Londe lit, pour M. Le Sauvage, professeur à l'École de médecine de Caen, correspondant de l'Académie, un mémoire sur les tumeurs albumino-gélatineuses (fibreuses des auteurs).

Fièvre typhoïde.—M. Louis lit, au nom de MM. Honoré, Maccartan et au sien, un rapport sur un mémoire adressé à l'Académie par M. le docteur Jacquez, de Lure (Haute-Saône), relatif à plusieurs épidémies de fièvre typhoïde qu'il a observées dans les communes de l'arrondissement de Lure. Ce travail, dit M. le rapporteur, est étendu, élaboré avec soin et digne de fixer l'attention de l'Académie.

Relativement à l'âge, il résulterait du tableau statistique dressé par l'auteur qu'avant l'âge de 10 ans il y aurait moins de prédisposition à la fièvre typhoïde que dans la période de 50 à 60 ans. Il signale en outre quelques individus âgés de 60 à 70 ans, et un de 70 à 80 ans, que la maladie n'aurait point épargnés. M. le rapporteur émet toutefois quelques doutes sur la réalité de ces faits.

Les marais n'ont pas eu l'effet préservatif annoncé dans ces derniers temps. La fièvre typhoïde n'a pas plus ménagé les villages à fièvre intermittente que les autres, et même les premiers ont été généralement les plus maltraités.

Les lieux communs de sépulture n'ont paru avoir aucune influence sur l'épidémie, contrairement à ce qui est admis par beaucoup de médecins.

La contagion de la fièvre typhoïde, si bien établie et par plusieurs autres médecins recommandables, reçoit un nouvel appui de l'exposition des faits recueillis par le docteur Jacquez. Presque toujours, dit-il, quand la fièvre typhoïde envahissait une commune, elle se communiquait des malades à ceux qui les soignaient ou qui les visitaient. Elle ne sortait d'une maison qu'après avoir atteint toutes les personnes qui étaient susceptibles de la contracter. Assurément, ajoute M. Jacquez, la maladie est toujours contagieuse; mais elle ne l'est pas assez pour qu'il suffise toujours d'aborder un malade pour en être atteint. D'ailleurs la contagion est sans doute moins puissante dans un cas léger que dans un cas grave, auprès d'un malade entouré de tous les soins de l'hygiène qu'auprès de celui qui ne reçoit pas ces soins...

Le traitement prophylactique du docteur Jacquez consiste à empêcher les communications des personnes bien portantes avec les malades, et à placer ceux-ci dans des chambres vastes et bien aérées. Quant au traitement curatif, l'auteur préfère les purgatifs et les vomitifs à la saignée. Il fait aussi la part de l'opium qu'il croit utile dans les complications ataxiques. Mais c'est surtout des applications froides qu'il fait le plus grand cas. Il se sert pour cela d'une serviette imbibée d'eau à 7 ou 8 + 0 degrés de Réaumur: on la met sur le ventre et sur le front et on la renouvelle tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures. A part un refroidissement notable, chose rare dans la fièvre typhoïde, l'auteur ne connaît aucun symptôme, aucune complication qui s'oppose à l'emploi des applications et des boissons froides, car jamais alors ces applications n'aggravent les lésions des organes respiratoires. Toutefois M. le rapporteur pense que cette méthode n'a pas été employée avec assez de régularité par M. Jacquez pour que l'on puisse se former une conviction à cet égard.

La commission propose : 1° d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur ; 2° de l'engager à continuer ses recherches dans le même esprit qui a présidé à celles qui font l'objet de ce rapport ; 3° d'inscrire son nom sur la liste

des correspondants nationaux dont il sera un des plus éclairés et des plus dignes.

M. Rochoux et quelques autres membres demandent la parole.

M. le Président propose de mettre immédiatement les conclusions du rapport aux voix, sauf à réserver la discussion sur le corps du rapport.

La lecture de ce rapport devient l'occasion d'une nouvelle discussion sur la contagion de la fièvre typhoïde, discussion dans laquelle se reproduisent la plupart des arguments émis dans la précédente.

M. Rochoux pense que le travail de M. Jacquez repose tout entier sur des erreurs de diagnostic. Il n'en veut d'autre preuve que la mortalité de 1/45 accusée par l'auteur. Il insiste particulièrement pour qu'on supprime de la seconde conclusion les mots : *dans le même esprit qui a présidé*, etc.

La proposition de M. Rochoux n'est pas appuyée.

Les conclusions sont adoptées sans modification.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 juin 1845.

On lit une lettre de M. Boussingault, intitulée : *Recherches sur la formation de la graisse chez les animaux*. Il résulte des expériences rapportées dans ce travail que pour que les animaux produisent de la graisse il est de toute nécessité qu'ils fassent usage de matières qui en contiennent, mais que, d'un autre côté, ils arrivent en plus ou moins de temps à contenir dans leurs tissus beaucoup plus de graisse qu'ils n'en ont reçu dans les aliments.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette question tant débattue entre les chimistes français et M. Liebig, et qui ne tend plus qu'à devenir une question d'économie rurale. M. Payen, prenant la parole à la suite de cette lecture, exprime finalement son opinion en ces termes :

« Quant à la question purement scientifique, elle semble s'éclaircir, surtout en ramenant à un moyen terme ce que les deux opinions divergentes pouvaient avoir de trop exclusif, et, sous ce rapport même, tous les travaux auront profité à la solution définitive. »

— *Mémoire sur l'anévrysme artérioso-veineux, comprenant la description de deux nouvelles espèces d'anévrysmes faux consécutifs;* par M. Aug. Bérard. — L'une de ces espèces a été signalée, en 1830, par M. Rodrigue ; elle consiste dans la production d'un sac anévrysmatique placé sur l'artère, et communiquant directement avec ce vaisseau par une ouverture qu'a produite l'instrument vulnérant. Du côté opposé au sac, l'artère présente une seconde plaie qui établit, entre elle et la veine, une communication immédiate d'où résulte une varice anévrysmale.

Ce fait, unique dans la science, a été observé à la cuisse, et a été produit par un coup de couteau qui a traversé de part en part l'artère fémorale et le côté correspondant de la veine.

La seconde espèce d'anévrysme, découverte par M. Auguste Bérard, consiste en une tumeur placée au devant de la veine. Cette poche, fermée aux dépens du tissu cellulaire, communique directement avec la veine, et celle-ci est abouchée avec l'artère par suite d'une seconde plaie opposée à la première. Il résulte de là que le sang artériel ne pénètre dans l'anévrysme faux consécutif qu'en traversant le calibre de la veine.

M. Aug. Bérard établit en outre, dans ce mémoire, et en s'appuyant sur un très grand nombre d'observations, que le seul traitement chirurgical rationnel à opposer à l'anévrysme artérioso-veineux consiste dans l'opération de la ligature pratiquée sur les bouts supérieur et inférieur de l'artère aussi près que possible du point où le vaisseau communique avec la veine.

— *Recherches expérimentales sur les blessures des vaisseaux sanguins, considérées particulièrement sous le rapport de la formation et de l'organisation des caillots spontanés obturateurs des artères divisées dans une grande plaie transversale, et des conséquences à en tirer pour la chirurgie et la médecine légale;* par M. J.-Z. Amussat. (Troisième partie.) — Avant d'arriver, dit M. Amussat en terminant son mémoire, aux conclusions qui découlent des faits nouveaux que je viens de rapporter, il me paraît utile d'indiquer la différence qui existe entre mes expériences et celles des auteurs qui se sont occupés du même sujet.

Ainsi, les expérimentateurs qui m'ont précédé ont séparé et isolé les vaisseaux des parties voisines pour les mettre à découvert et être assurés de faire ce qu'ils désiraient.

Dans mes expériences, au contraire, j'ai toujours fait une plaie *sans dissection préalable*, pour placer les animaux dans les conditions analogues à celles où se trouve un homme chez lequel un vaisseau sanguin a été blessé.

D'après les faits établis dans ce mémoire, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° Le caillot spontané obturateur des artères complètement divisées dans une grande plaie transversale se forme très promptement et sous les yeux de l'expérimentateur.

2° Ce caillot est formé par la fibrine du sang, et il est soutenu par la membrane celluleuse externe de l'artère ou la quatrième membrane, et non pas par la gaîne, comme on serait porté à le croire par un examen superficiel et par la description ordinaire de la structure des artères.

3° La cavité centrale des caillots spontanés, qui a beaucoup d'analogie avec le cratère des tumeurs sanguines que j'ai décrites dans un

autre mémoire, fournit un caractère important pour découvrir une artère masquée par un caillot.

4° Contrairement aux idées de Jones et de Béclard, etc., l'artère se suffit à elle-même, puisque le caillot peut se former à l'extrémité d'une artère qni dépasse le niveau de la section des chairs.

5° Le caillot est d'autant plus volumineux et plus résistant, que l'artère et la celluleuse étaient plus tendues au moment de la section : or, la conséquence pratique qui découle de ce fait, c'est la nécessité d'exercer une forte traction sur les artères avant de les diviser, afin de se placer dans les conditions les plus favorables à la formation de caillots solides presque analogues à ceux qu'on observe après l'arrachement.

6° En poursuivant mes recherches expérimentales sur les blessures des vaisseaux sanguins au delà des limites chirurgicales que je m'étais d'abord tracées, j'ai pensé qu'on pourrait peut-être les utiliser pour la médecine légale : ainsi, lorsqu'on pratique une section transversale des deux artères carotides en même temps, sans intéresser la moelle épinière, sur un animal vivant, il se forme toujours des caillots aux extrémités cardiaques de ces vaisseaux, et ces caillots sont en rapport direct avec la tension plus ou moins grande du cou et de l'artere au moment de la section.

7° Au contraire, lorsqu'on pratique la section des artères carotides une ou deux minutes après que la vie a été préalablement détruite, soit par une forte percussion sur la tête, soit par la section simple et directe de la moelle épinière, la strangulation, l'asphyxie, etc., il ne se forme pas de caillots aux extrémités cardiaques des artères carotides, ou, si l'on en observe, ils sont très petits et ne ressemblent pas à ceux qui se forment dans les vaisseaux divisés sur des animaux dont la vie est dans toute son intégrité, et qui meurent directement par hémorrhagie.

8° Les extrémités cardiaques des artères divisées sont donc le point le plus important à observer, puisqu'en les examinant avec attention on peut arriver à dire, mieux que par l'état des chairs, si les vaisseaux ont été divisés pendant que la vie était dans toute son intégrité, ou après la mort apparente ou réelle.

Comme on le voit, de hautes questions de physiologie et de médecine légale se rattachent à la dernière série de mes expériences, qui sont une conséquence toute simple de mes travaux sur le caillot spontané.

Du reste, je ne mentionne ces résultats qu'avec une grande réserve, en attendant qu'ils aient été confirmés par d'autres expérimentateurs et par des faits observés sur l'homme avec ces données nouvelles; car, jusqu'à présent, on a beaucoup trop négligé d'indiquer l'état des vaisseaux divisés dans les observations de médecine légale qui ont été publiées.

Les faits analogues sur l'homme exigent donc un examen nouveau, et les conséquences à en tirer sous le triple rapport de la physiologie, de la chirurgie et de la médecine légale, feront l'objet d'un autre travail que j'aurai l'honneur de soumettre prochainement à l'attention éclairée de l'Académie.

Traitement de la cyanose des nouveau-nés. —M. Meigs lit un mémoire dans lequel il émet d'abord quelques considérations anatomiques et physiologiques sur le trou de Botal. Empêcher le passage du sang à travers ce trou est, dit-il, le but qu'on doit se proposer en présence des cas de cyanose ; et l'on conçoit que ce but n'est pas impossible à atteindre quand on se rappelle que la valvule du trou de Botal est très légère et flottante, et que le sang de l'oreillette gauche obéit, comme tout le corps, à l'action de la pesanteur. Ainsi, que l'on place l'enfant sur le côté droit, la tête et le tronc, le *septum auriculare* devient horizontal, et le sang pèse sur la valvule du trou de Botal qui se ferme, tandis que souvent le changement de position est immédiatement suivi du rétablissement du cours normal de la circulation : ce n'est plus que du sang normal qui arrive au cerveau, et l'asphyxie cesse. Tous les moyens, ajoute l'auteur, qu'on avait jusqu'ici employés contre cette affection des nouveau-nés avaient échoué, tandis que la méthode qu'il propose réussit 50 ou 60 fois sur 100.

— M. P. Bernard présente un second mémoire sur un nouveau mode de traitement des *fistules lacrymales et des larmoiements chroniques au moyen de la cautérisation combinée avec l'ablation de la glande lacrymale.*—L'auteur cautérise la muqueuse nasale par la partie supérieure, avec une solution de nitrate d'argent plus ou moins concentrée. Au moyen de pansements journaliers et modifiés suivant les circonstances, il parvient, dit-il, ordinairement, dans les cas simples de tumeurs lacrymales, à guérir ses malades dans l'espace de quinze jours, trois semaines, un mois au plus. Dans les cas de fistules compliquées, le traitement est le même, mais nécessairement beaucoup plus long, à cause du traitement général approprié qu'il faut réunir au traitement local. L'âge des malades n'oblige pas à apporter de notables modifications à ce traitement.

— M. Flourens présente, au nom de l'auteur M. Simon, professeur d'anatomie au King's College, deux mémoires imprimés ayant pour titres : l'un, *Essai physiologique sur le thymus* ; l'autre, *Anatomie comparée de la glande thyroïde.*

—M. Serres rappelle un mémoire présenté par M. le docteur Maignien, chirurgien de la garde municipale de Paris, dans lequel sont exposées des vues analogues à celles de M. Simon, relativement à l'influence des corps thyroïdes sur la fécondité.

M. Flourens prend la parole pour dire qu'il s'est assuré par des expériences directes et très nombreuses que cette idée n'était point fondée.

—M. Longet envoie une note dans laquelle il rapporte que des expériences qu'il a faites récemment sur la soustraction du liquide céphalo-rachidien lui ont démontré que le trou-

ble des fonctions locomotrices actuellement attribué à cette soustraction est dû, au contraire, à la section des muscles cervicaux postérieurs et du ligament surépineux que l'on opère pour effectuer l'écoulement du liquide cérébro-rachidien.

La séance du 23 juin a été consacrée à des travaux étrangers aux sciences médicales.

Séance du 30 juin.

M. Bouchardat présente deux mémoires, l'un sur la modification moléculaire de l'essence de térébenthine qui la rend propre à dissoudre plus facilement le caoutchouc; l'autre sur les effets physiologiques de la vapeur d'essence de térébenthine.

Comité secret.—La section de médecine et de chirurgie présente par l'organe de M. Magendie, son doyen, la liste suivante de candidats pour la place vacante dans son sein par suite du décès de M. G. Breschet :

1° M. Lallemand,
2° M. Gerdy,
3° M. Jobert, de Lamballe,
4° MM. Bérard et Blandin (ex æquo).
5° MM. Amussat et Bourgery (ex æquo).

Séance du 7 juillet.

Nominations.—L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un membre qui remplira, dans la section de médecine et de chirurgie, la place vacante par suite du décès de M. Breschet.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votans étant de 54,

M. Lallemand obtient	3	suffrages,
M. Gerdy	10	
M. Bourgery	7	
M. Bérard	2	
M. Blandin	1	
M. Jobert, de Lamballe,	1.	

M. Lallemand, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu, sauf l'approbation du roi.

—M. Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, présente un mémoire intitulé : Des caractères du cancer.

—M. Tavignot présente une note sur l'opération de la cataracte.

—M. Cazenave présente un mémoire sur quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire, et sur le moyen de remédier à cette infirmité. Ce moyen consiste en un appareil qui maintient la plume.

—M. Ducros soumet au jugement de l'Académie deux mémoires, l'un ayant pour titre : Identité des courants nerveux et des courants électriques, démontrée au moyen de la fermeture, par compression, de certains cercles nerveux, dans les excitations cautérisantes des plexus pharyngiens. L'autre est intitulé : Physiologie, pathologie et thérapeutique des mouvements du cœur, basées sur l'étude des lois physiques de la polarité chez l'embryon du poulet et chez l'homme.

—M. Blondlot présente un mémoire intitulé : Nouveaux perfectionnements à la méthode de Marsh pour la recherche chimico-légale de l'arsenic.

—M. Bonjean adresse une note relative aux résultats qu'il a obtenus de l'*application de l'ergotine dans les hémorragies externes.* Les expériences que l'auteur a faites à ce sujet sur des animaux sont de nature à encourager l'emploi de ce moyen, particulièrement sur les champs de bataille.

Note sur la distinction à établir entre l'anémie vraie et la polyhémie séreuse; par M. Beau.

Les individus qui subissent des pertes sanguines présentent une grande pâleur et une grande faiblesse, que l'on explique par une diminution dans la quantité du sang, et que l'on comprend sous le nom d'*anémie*. On dit qu'alors le pouls est petit, et qu'il y a des bruits dans les artères.

Il y a ici une distinction très importante à faire, car l'état de pâleur et de faiblesse qui suit les pertes sanguines tient à deux états bien différents qui se succèdent : un état d'anémie vraie, c'est-à-dire de diminution réelle dans la quantité du sang, puis un état de polyhémie séreuse, c'est-à-dire un état du sang plus abondant qu'avant les pertes sanguines, mais devant cette surabondance à une proportion considérable de sérum.

L'anémie vraie, qui suit immédiatement la perte de sang, s'accompagne de pâleur, de faiblesse; le pouls est petit, mais il n'y a pas de bruits artériels comme on le croit. La soif, très marquée, provoque l'abondante ingestion des liquides qui, pénétrant dans les vaisseaux, y réparent la quantité de sang perdue, au point de rendre la masse du sang plus considérable qu'avant la perte sanguine. Telle est l'origine de la polyhémie séreuse.

La polyhémie séreuse, qui succède d'ordinaire à l'anémie vraie, survient deux ou trois jours après la perte de sang, mais n'est bien apparente que le cinquième jour, surtout si la soustraction du liquide sanguin a été considérable. Elle peut se prolonger longtemps. Elle présente, comme l'anémie, de la pâleur et de la faiblesse; mais, ce qu'il y a de remarquable, c'est que le pouls est plus dégagé qu'avant toute hémorrhagie; les battements des grosses artères sont visibles à distance, et l'on perçoit des bruits artériels. L'examen anatomique apprend, à n'en pas douter, que la capacité des artères est augmentée, et le cœur lui-même est affecté de dilatation de toutes ses cavités, avec une hypertrophie légère de ses parois.

Les traits distinctifs sur lesquels est fondée la division des deux états d'anémie vraie et de polyhémie séreuse qui suivent les grandes pertes de sang résultent de l'observation clinique et des expériences répétées que j'ai pratiquées sur les animaux. Dans ces deux états il y a deux symptômes communs qui leur donnent l'apparence d'une maladie unique, et qui les

ont fait réunir sous le nom d'*anémie*; ce sont la pâleur et la faiblesse qui, dans les deux cas, dépendent d'une proportion insuffisante de globules sanguins; mais, dans l'anémie vraie, le défaut de globules coïncide avec un défaut proportionnel des autres éléments du sang, tandis que, dans la polyhémie séreuse, le même défaut de globules se rencontre avec une proportion surabondante de sérosité, et tellement surabondante, qu'en somme la masse du sang est alors en excès.

J'ajoute que la plénitude du pouls, et la dilatation avec hypertrophie du cœur, se rencontrent dans toutes les affections appelées *chlorose, hydrémie*, etc, et dans toutes celles qui sont caractérisées par l'existence des bruits artériels. Je pense que ces bruits résultent de ce que l'ondée sanguine, rendue surabondante par la dilatation du cœur, vient produire un frottement exagéré contre les parois artérielles, en même temps qu'elle augmente la plénitude du pouls.

Séance du 14 juillet.

M. Ancelon présente une note sur les maladies endémiques périodiquement développées par les émanations de l'étang de l'Indre-Basse (Meurthe). Ces endémies, remarquables par leur régulière intermittence, sont des fièvres typhoïdes, des fièvres intermittentes et des maladies charbonneuses, d'où l'auteur conclut à l'existence d'une frappante analogie entre ces trois ordres de maladies.

—M. Ducros soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : Études expérimentales et de médecine pratique sur le jet du sang dans la saignée, augmenté instantanément chez l'homme et chez les animaux par les courants électriques, par les courants galvaniques et par les secousses pharyngiennes ammoniacales.

— M. Jobert, de Lamballe, envoie une *Note sur la guérison d'une fistule vésico-vaginale au moyen d'un procédé nouveau.* — Ce procédé consiste à pratiquer une incision semi-circulaire transversale sur la partie antérieure du col utérin, à l'endroit où celui-ci est joint par le vagin. La dissection a lieu de bas en haut, et le tranchant du bistouri est maintenu dirigé vers le col utérin, afin de protéger la vessie contre de dangereuses atteintes. Immédiatement après cette incision et la dissection qu'isole facilement le bas-fond de la vessie, il y a rétraction de la portion antérieure du vagin et déplacement en avant de la région postérieure de la vessie. L'affrontement et la réunion des lèvres de la division deviennent alors faciles, et l'on peut ainsi réparer des pertes de substance énormes, telles, par exemple, que celle qui existait chez la femme qui fait l'objet de cette communication, et que l'auteur avait déjà un an auparavant inutilement opérée par les méthodes ordinaires. M. Jobert de Lamballe appelle l'opération dont nous venons de donner les détails *réunion autoplastique par glissement.* Cette observation deviendra d'ailleurs l'objet d'un mémoire qu'il présentera incessamment au jugement de l'Académie.

NOUVELLES MÉDICALES.

Société royale de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse. — *De quelle nature est le principe qui rend purgatifs les fruits du nerprun* (rhamnus catharticus)? *Ce principe se trouve-t-il dans les autres parties de ce végétal, ainsi que dans les fruits des espèces du même genre, telles que la bourdaine* (rhamnus frangula), *le nerprun des teinturiers* (rhamnus infectorius), *l'alaterne* (rhamnus alaternus), *etc., et dans quelles proportions?*

La Société, sans en faire l'objet d'une condition absolue, verrait avec plaisir que l'auteur d'un travail sur ce sujet examinât, comparativement avec le principe actif des diverses espèces de *rhamnus*, celui du séné que quelques chimistes ont prétendu être de même nature.

Le prix est de la valeur de 300 francs.

Les mémoires devront être remis dans les formes académiques à M. le docteur Ducasse, secrétaire-général de la Société, avant le 1er mars prochain.

— MM. Rey, chirurgien aide-major de deuxième classe au 53e de ligne, et Martenot, *idem*, en Algérie, sont cités avec distinction dans un rapport de M. le gouverneur général, en date du 23 mai dernier.

— Dans la séance du 1er juillet, la Société médico-chirurgicale de Montpellier a mis au concours la question suivante : *Recherches sur la nature et le traitement de la chorée.*

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 fr.

Les mémoires doivent être adressés, *francs de port*, et dans les termes académiques, avant le 15 juin 1846, à M. le docteur Hubert Rodrigues, rue Aiguillerie, n° 20.

La Société décernera, en outre, chaque année, trois médailles d'encouragement aux meilleurs mémoires qui lui seront présentés, au choix des auteurs.

Marseille. — *M. Bertulus* vient d'être nommé professeur d'hygiène navale à l'École préparatoire de Marseille.

— M. le docteur Fauconneau-Dufresne, médecin des épidémies du département de la Seine, a reçu la décoration de la Légion-d'Honneur, sur la présentation du ministre du commerce.

— Le gouvernement bavarois vient de prendre un arrêté qui porte une forte amende contre les médecins qui s'absenteraient plus de trois jours de leur résidence sans en donner avis aux autorités et sans se faire remplacer auprès de leurs malades.

— La fortune que vient de laisser en mourant le docteur Abercrombie est si considérable que chacune de ses sept filles a reçu 10,000 livres sterling. En outre, ce médecin a laissé une somme très-considérable à l'Église libre d'Écosse. Sa bibliothèque, composée de 10,000 volumes, a été donnée en cadeau, par sa famille, au Collége royal des chirurgiens d'Édimbourg.

Bulletin bibliographique.

Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent; par le baron BOYER. Cinquième édition, publiée par le baron PHILIPPE BOYER, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Il n'est pas besoin de faire l'éloge du traité de chirurgie le plus classique que nous possédions. Ce livre, où la science chirurgicale est exposée d'une manière si claire et si éminemment pratique, allait cependant tomber petit à petit dans un oubli presque complet, étranger qu'il devenait aux progrès de ces vingt dernières années. Aussi nous pensons qu'une reproduction pure et simple des éditions précédentes n'eût pas eu tout le succès qu'elle eût mérité, parmi une génération nouvelle qui n'a pas connu l'auteur. M. Philippe Boyer a eu deux excellentes idées en publiant l'ouvrage de son père, l'une toute de convenance, en laissant le texte original pur de toute alliance; l'autre dans son propre intérêt, en le complétant néanmoins de manière à la mettre au niveau des connaissances récemment acquises ou des questions qui ont actuellement cours dans la science. Cette cinquième édition, qui sera moins chère que la quatrième, sera cependant considérablement accrue, surtout si nous en jugeons par le deuxième volume qui vient de paraître. Nous rendrons prochainement un compte étendu de cet ouvrage.

Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypochondrie; par C.-F. MICHÉA, docteur en médecine; ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine. 1 vol. in-8° de 500 pages, chez Labé. — Avant d'en venir à la description générale de la maladie, l'auteur cite des faits particuliers complets, les uns recueillis par lui-même, les autres empruntés à divers auteurs. Ces derniers ont été puisés, autant que possible, à plusieurs sources, particulièrement dans les ouvrages contemporains. Des mémoires à consulter, entièrement inédits, laissés par Double au docteur Lartigue, son parent, à l'amitié duquel l'auteur en doit la communication, lui ont fourni plusieurs observations extrêmement intéressantes. La majorité des autres provient du Traité *ex professo* de Louyer de Villermé, de celui de M. Barras sur *les gastralgies et les entéralgies*, enfin du livre de M. Lallemand sur *les pertes séminales involontaires*. Nous n'en dirons pas, pour le moment, plus long sur cet intéressant ouvrage sur lequel nous nous proposons de revenir.

Trois nouveaux mémoires sur l'action nerveuse : 1° *Recherches sur la qualité électrique du sang*; 2° *Lois synthétiques du mouvement vital*; 3° *Lois synthétiques des mouvements morbides*. Par F.-Aug. DURAND (de Lunel), docteur en médecine, médecin des hôpitaux militaires. — Les trois mémoires réunis et formant ensemble 70 pages in-8°, se trouvent chez J.-B. Baillière. — L'auteur a publié, il y a deux ans environ, une *Nouvelle théorie de l'action nerveuse et des principaux phénomènes de la vie;* nous en avons dit quelques mots dans le n° d'octobre 1843 Depuis cette époque, de nouvelles recherches ont été faites par M. Durand dans le but d'appuyer et d'étendre ses propositions fondamentales; elles lui ont suggéré de nouvelles solutions; elles l'ont enfin conduit à des lois d'ensemble, soit sur les phénomènes physiologiques, soit sur les phénomènes morbides. L'auteur a cru devoir publier ces trois mémoires à part, soit pour les personnes qui sont déjà pourvues de l'ouvrage précédent, soit pour celles qui veulent se contenter d'un abrégé de sa doctrine. Sans nous prononcer sur l'ensemble des vues de M. Durand (de Lunel), vu qu'il s'occupe de matières éminemment litigieuses, ce qui est un acte de courage dont on lui doit tenir compte, nous devons dire que ses aperçus sont souvent pleins de justesse et annoncent chez lui une étude comparative sérieuse des auteurs anciens et de nos contemporains.

Le Livre des Goutteux; par MM. ASTIER (du Puy), D. M., et LEBEL, pharmacien (1). Sous ce titre, les auteurs viennent de faire paraître de nouvelles études sur la goutte.

En attendant que nous revenions sur ce travail, nous allons en donner une idée succincte.

Rappelant pour mémoire les vagues idées des anciens sur cette maladie, combattant les théories des médecins du siècle dernier; et, en dernier lieu, repoussant l'opinion de Sydenham et de quelques modernes, qui confondirent l'effet avec la cause, en attribuant au désordre des fonctions de l'estomac les accidents goutteux; les auteurs reconnaissent pour cause principale de la goutte un développement pléthorique anormal d'une sécrétion acide ou alcaline, sécrétion fournie par les sucs digestifs surabondants et sans emploi.

Guidés par des analyses personnelles, les travaux de d'Arcet et l'analogie entre la goutte et la gravelle, démontrée il y a déjà quelques années par M. Cruveilhier, les auteurs ont tracé dans leur chapitre du Traitement préservatif des conseils aussi sages qu'éclairés, qui, s'ils étaient suivis, suffiraient à eux seuls pour préserver de la goutte ou en prévenir le retour.

Le seul reproche qu'on puisse faire à ces messieurs, c'est de céler les moyens thérapeutiques qu'ils emploient pour combattre une maladie aussi rebelle que la goutte.

Quoi qu'il en soit, ce livre, écrit judicieusement et avec méthode, nous a paru mériter l'attention des médecins éclairés.

---

(1) Chez France, lib., 15, quai Malaquais.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 3. — SEPTEMBRE 1845.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔTEL-DIEU.

Service de M. Blandin.

(Salle St.-Paul.)

I. Phlébite traumatique. — Infection purulente. — Mort.

Dans les premiers jours de juin, il est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 41, un homme de vingt-cinq à vingt-huit ans, fort, d'un tempérament éminemment sanguin, atteint de kératite intense, avec ulcération profonde de la cornée. La constitution du sujet, son âge, l'état congestif de la tête, tout engage à commencer le traitement par une saignée générale. Elle est pratiquée sur la médiane céphalique du bras droit et avec les précautions exigées ; la lancette employée était propre, elle n'avait servi précédemment ni à ouvrir des abcès, ni à vacciner, elle n'était pas même oxydée. Mais le malade, indocile, ne fait aucun cas des conseils qu'on lui a donnés ; il quitte le lit, s'habille et va se promener dans le jardin, sans prendre même le soin de soutenir le membre dans la demi-flexion. Dès le lendemain, il se manifeste, au pli du coude, du gonflement, de la douleur ; la réunion immédiate de la petite plaie a été contrariée ; ses bords boursouflés, écartés, laissent suinter une sérosité sanguinolente ; les veines sont sensibles à la pression surtout, une rougeur linéaire marque leur trajet ; le doigt les reconnaît à la sensation d'un cordon légèrement noueux. Le surlendemain, ces symptômes sont plus tranchés, la céphalique est plus fortement prise que les autres vaisseaux. Le malade est triste, inquiet, agité. Le gonflement et la tension gagnent le creux axillaire ; les cataplasmes émollients n'ont pu les prévenir, les arrêter, ils sont désormais insuffisants. Le 6 juin, quarante-huit heures après l'opération de la phlébotomie, on renouvelle, matin et soir, deux applications de 40 sangsues chacune sur toute la longueur de la face antérieure du bras. Ce jour, aux approches de la nuit, un frisson se manifeste, il est léger, court, sans claquement de dents, la transpiration qui le suit est modérée, il a les caractères d'un petit accès de fièvre traumatique ; il fixe l'attention sans donner des craintes réelles. La nuit est agitée. Le 8, la tuméfaction est un peu moindre ; sous la pression il sort un peu de pus de l'intérieur de la veine. L'état général ne paraît pas plus grave ; cependant, comme la veille, 80 sangsues nouvelles sont appliquées, en deux fois, du coude à l'épaule. Une boisson adoucissante, des demi-lavements émollients, le repos absolu et la diète la plus sévère complètent les prescriptions. Le 9 et le 10, 60 sangsues. Jusque-là c'est une phlébite limitée ; le professeur Blandin, avec ses idées, qui sont celles du plus grand nombre, cherche à la juguler par des saignées locales coup sur coup, à prévenir son extension vers le cœur, les désordres qu'elle produit alors, l'infection purulente.

A ce degré, l'affection est curable ; elle est uniquement constituée par des symptômes locaux de réaction ; il n'y a point d'intoxication du sang ; le pus n'a point franchi les limites de la veine malade. Le traitement le plus rationnel est le traitement antiphlogistique. Aussi, dit cet habile chirurgien, nous y insisterons jusqu'à la guérison, si nous sommes assez heureux pour l'obtenir ; autrement nous le suspendrons dès l'apparition des symptômes qui annoncent que le pus a fait invasion dans le torrent circulatoire : des douleurs que rien ne semble motiver, dans la poitrine, dans l'abdomen (hypochondres droit et gauche), dans les jointures, des frissons avec claquement de dents, des sueurs très abondantes, de la prostration, du délire, des rêvasseries, etc., parce qu'en effet la médication que réclame la phlébite pure devient contraire, nuisible, aussitôt qu'elle se complique.

Pour bien comprendre l'infection, le mécanisme de son développement, il faut se rappeler le cours du sang veineux. Il va de la périphérie au centre, de sorte que quand une veine enflammée sécrète du pus par sa face interne, la colonne qu'il forme grandissant, elle arrive au confluent de branches collatérales, et ne tarde pas à être prise, délayée par le courant, charriée vers le cœur, à mêler ses globules aux globules sanguins de toute l'économie.

La quatrième application de sangsues ne prévient point la complication si redoutée ; un frisson se déclare, un frisson qui ne pouvait plus être confondu avec celui d'une fièvre traumatique. Jusque-là le sang recueilli des morsures de sangsues n'a présenté que des globules normaux ; maintenant on y distin-

gue des globules purulents : le microscope en donne l'assurance. Les veines du bras sont des cordons résistants, légèrement noueux du coude à l'aisselle ; la pression fait sortir par la plaie un pus abondant ; la face s'altère profondément ; il y a de la toux sèche, la respiration est moins large, anxieuse ; dans la dilatation de la poitrine, une douleur s'éveille au-dessous des clavicules, à droite particulièrement ; le pouls bat 104 fois par minute; à la pression de la main sur l'hypochondre droit, le malade témoigne une sensibilité jusque-là inconnue ; la sclérotique a une teinte ictérique. Tout se réunit malheureusement pour confirmer un pronostic fâcheux.

La phlébite a pris la forme d'une fièvre grave, la symptomatologie ne laisse aucun doute à cet égard, et le microscope a saisi le moment de l'intoxication. Il y a mille à parier contre un que désormais les efforts de la médecine seront sans valeur. M. Blandin voit dans les sueurs abondantes un moyen éliminatoire de la nature : les très rares succès dont il a été témoin dans sa carrière le lui font croire ; il pense donc qu'on doit s'appliquer avant tout à ouvrir largement les émonctoires cutanés. Il préfère les sudorifiques au tartre stibié à haute dose, comme le prescrivait Laennec ; aussi a-t-il formulé un mélange d'huile de succin et d'ammoniaque (eau de Luce), qu'il associe aux frictions mercurielles sur le bras, sur la poitrine, sur la région du foie, qui ont valu quelques guérisons entre les mains du professeur Récamier. Un peu plus tard il ajoute à la tisane du nitrate de potasse.

Rien n'arrête les accidents, et le 16, après deux jours d'un mieux moins réel qu'apparent, ce sujet est en proie aux symptômes typhiques qui le vouent à une mort prochaine.

L'infection purulente est une de ces affections qui nous défendent un solidisme exclusif ; l'humorisme rationnel, en effet, ainsi que l'a écrit depuis longtemps Breschet, mérite dans la science une place importante.

Dans la phlébite, il n'y a d'affecté que les solides ; mais, aussitôt que la phlébite prend la forme d'une fièvre grave, l'altération des fluides se manifeste ; et si le malade ne succombe pas promptement, cette viciation des humeurs, du sang en particulier, fait naître de nouvelles altérations des solides : abcès métastatiques dans les poumons, dans le foie, dans la rate, dans les articulations, etc., etc.,

1° Solidisme pur ;
2° Solido-humorisme ;
3° Humoro-solidisme.

Ce malheureux jeune homme a succombé dix ou onze jours après la saignée qui a été le point de départ des désordres fonctionnels indiqués ; il nous reste à constater sur le cadavre les altérations matérielles que fait pressentir la marche des symptômes : 1° celles des veines ; 2° celles qui sont disséminées dans les différents organes.

Autopsie. — Stature moyenne, peu d'amaigrissement, système musculaire assez bien développé ; teinte ictérique générale ; stygmates nombreux de sangsues sur le bras droit ; ouverture béante de la plaie de la saignée, au milieu d'une ecchymose large comme une pièce de cinq francs.

Cerveau. — Il n'offre rien de particulier.

Poitrine. — Les poumons sont farcis de petits abcès métastatiques, principalement à leur base et superficiellement ; sous la séreuse se dessinent çà et là de petits foyers purulents, étroitement circonscrits ; dans le cœur on trouve un sang noir, fluide, dans lequel les globules de pus sont très multipliés.

Abdomen. — Sans rien déranger, le plastron sterno-pubien relevé, on découvre sur le foie, à sa face supérieure, un large abcès, et des incisions dans des sens différents en montrent de toutes grandeurs et à tous les degrés, depuis le simple engorgement du parenchyme. La rate est saine, la veine-porte est un peu rouge, elle renferme une matière plastique épanchée qui n'eût probablement pas tardé à oblitérer complètement le vaisseau.

Articulations. — Pas de traces de pus dans leur intérieur. Des veines du bras, disséquées avec le soin le plus minutieux, la médiane céphalique seule contient du pus, les autres n'ont pas même de traces inflammatoires. Ce dernier point de l'autopsie rappelle naturellement l'opinion de M. Cruveilhier, qui prétend que la phlébite n'amène la rougeur des veines que dans des cas rares. A. G.

II. Résorption purulente. — Autopsie.

Le 17 mai, dans le même service, a succombé un homme vont les derniers moments et l'autopsie dont nous arrêter un peu. Entré à l'Hôtel-Dieu à la fin d'avril pour un rétrécissement uréthral modéré, il allait à merveille ; des bougies n° 8 pénétraient sans difficulté dans la vessie, lorsque, sans cause appréciable, il est pris de frissons dont le retour semble annoncer bientôt une fièvre intermittente, ainsi que cela arrive assez fréquemment chez les malades de cette espèce après un cathétérisme renouvelé. L'administration de 3 décigrammes de sulfate de quinine enraie ces accidents, mais la santé ne se rétablit pas ; l'état général n'est pas satisfaisant, il y a de la prostration, et sans tarder la fièvre reparaît et prend le type continu ; une teinte ictérique se répand sur tout le corps, et devient de plus en plus foncée. Le septième jour, à partir du premier frisson, après une courte agonie, ce malheureux succombe. Le professeur Blandin a eu l'idée d'une résorption purulente, et, sans l'assurer, il prévient qu'il ne serait pas surpris de trouver des abcès métastatiques dans le foie, dans les poumons, etc.

Cette nécropsie était digne d'attention ; aussi a-t-elle attiré les étudiants qui ont suivi le traitement, tous ceux qui ont été témoins d'une terminaison funeste aussi rapide. Dès le renversement du plastron sterno-pubien qui ouvre les deux grandes cavités splanchniques du tronc, on reconnaît à la surface con-

vexe du foie un abcès étendu, bordé d'une ecchymose violacée. Mais pour procéder avec ordre, à l'exemple du professeur, commençons notre examen par la poitrine. Les poumons ne renferment pas de collections de pus; seulement on reconnaît les traces d'une pneumonie lobulaire et à la base et au sommet de ces organes; le péricarde renferme un peu de sérosité; le cœur, d'un volume ordinaire, est flasque; le ventricule droit est plein d'un sang fluide, mêlé de grumeaux noirâtres, qui s'écrasent aisément; deux micrographes exercés constatent, parmi les globules sanguins, des globules déchiquetés, ressemblant essentiellement aux globules purulents; la rate, ce ganglion vasculaire qui a tant de sympathies fonctionnelles et morbides avec le foie, est volumineuse, molle, sans cohésion, et l'on distingue dans son épaisseur des plaques ou plutôt des îlots brunâtres, au centre desquels se dessine parfois un point blanc, une gouttelette de pus. Ce sont des abcès métastatiques au début, il ne leur a manqué que du temps pour en revêtir les caractères les plus tranchés. Nous savons ce que présentait le foie à la surface; dans sa profondeur c'était plus curieux encore; on y suit tous les degrés de l'abcès métastatique, depuis le simple engorgement jusqu'à la collection de pus bien circonscrite: l'injection du tissu, l'infiltration sanguine, l'épanchement de sang, le caillot avec le point central blanc ou la gouttelette de pus, l'abcès conservant des traces des *acini*, des abcès n'ayant plus rien enfin du parenchyme organique. Certainement en voilà assez pour expliquer la mort, les accidents qui l'ont précédée, pour les rapporter à une infection purulente. Le praticien consciencieux en veut plus encore cependant; il ne lui suffit pas de constater ce fait par la présence du pus dans le sang, par les désordres des poumons, de la rate, du foie, il veut arriver au point de départ, mettre le doigt sur la plaie, sur le lieu où l'absorption a pompé le fluide qui a contaminé les humeurs. Telle est la conduite du professeur Blandin. En notre présence, il dissèque les veines hypogastriques, celles qui embrassent le col vésical; elles ne renferment pas de pus; l'urèthre, fendu longitudinalement, montre un rétrécissement en voie de guérison, sans rougeur, sans ulcération; la prostate est saine; on distingue seulement, vers sa partie antérieure, un abcès de la grosseur d'un pois; la vessie n'a de remarquable qu'un épaississement de la muqueuse.

Voilà donc un homme qui a présenté les symptômes de l'infection purulente; sur le cadavre, le sang, les poumons, le foie et la rate la démontrent, et pourtant la dissection la plus minutieuse ne peut conduire à la source première des désordres.

Un foyer purulent, en rapport avec l'air, est considéré comme indispensable pour amener cette complication. A ce titre, l'observation qui précède est des plus remarquables.

A. G.

III. PROPOSITIONS CLINIQUES (1).

XIX.

Le 18 juillet 1845, au n° 35 de la salle de la Valeur, hôpital de l'hôtel des Invalides, j'interrogeais un nommé Boutloup, ancien soldat de l'empire, âgé de 62 ans et porteur d'une cataracte. En 1809, au siége de Saragosse, il reçut sur l'œil droit la décharge d'un fusil dont l'explosion eut lieu à une très grande distance. Le projectile, en le frappant, était au terme de sa course; il ne déchira point les paupières; il les ecchymosa seulement. L'organe de la vie en éprouva une si rude secousse que ses fonctions furent plusieurs jours complètement abolies. Les soins qu'il reçut immédiatement amenèrent un mieux marqué, et 15 ans, sans avoir dans ce sens la délicatesse première, Boutloup oublia l'accident qui lui était arrivé. A l'expiration de ce terme, un léger voile vint couvrir les objets extérieurs, brouiller leurs contours, et petit à petit il devint plus épais; en 1840, cet œil distinguait seulement l'obscurité de la lumière. Il faudrait, à mon avis, pousser le scepticisme loin pour refuser d'admettre que chez ce vieux soldat la cause de sa cataracte remonte à ce coup de feu qu'il essuya en 1809 sur le champ de bataille.

Voilà donc un exemple de plus de contusion profonde du globe oculaire amenant au bout d'un temps assez long une opacité complète du cristallin et de ses membranes.

XX.

La ligature de la carotide primitive est une opération bien peu susceptible de rendre des services à l'humanité et je ne sais si celle-ci perdrait à la voir rayée des cadres de la médecine opératoire. Elle a été employée comme moyen hémostatique préventif, 1° pour faciliter les résections d'un maxillaire cancéreux; 2° pour obtenir la guérison de tumeurs érectiles à la tête; 3° pour arrêter l'hémorrhagie, dans de simples blessures de la face. Et partout et toujours les espérances qu'elle donne se sont évanouies après quelques jours; les nombreuses anastomoses qui unissent les divisions de la carotide droite à celles de la carotide gauche rétablissent la circulation un moment suspendue du côté de l'opération et ramènent les accidents et les dangers.

XXI.

Le diagnostic des hernies étranglées du pli de l'aine est souvent bien difficile à établir et des erreurs compromettantes sont commises par les plus habiles praticiens; on peut se méprendre au sujet de l'étranglement et plus encore sur la nature des organes qui composent la tumeur. L'étranglement n'amène pas nécessairement la constipation opiniâtre; ainsi, dans la hernie partielle, la hernie la plus grave, la défécation a lieu, les gaz s'échappent aisément, il ne reste alors pour s'éclairer que les nausées, les vomissements, les coliques, la douleur à la pression, etc., tous symptômes

(1) Voy. le dernier numéro.

qui peuvent appartenir à l'inflammation de la séreuse qui tapisse un sac herniaire, à une péritonite limitée, à certaines adénites, etc. Aussi la science compte-t-elle des méprises de la part des chirurgiens les plus célèbres; des herniotomies pratiquées alors que l'intestin était parfaitement libre.

Dernièrement à l'hôpital Beaujon et à la Charité j'ai recueilli des observations de péritonites partielles chez des sujets porteurs de hernies anciennes. Les symptômes étaient ceux de l'étranglement... Les chefs de service ont temporisé, et cette temporisation fait l'éloge de leur expérience; en dix à douze jours tous les accidents ont cédé à l'emploi des antiphlogistiques.

XXII.

Dix-huit siècles, à bien dire, la cystotomie a régné en souveraine; elle était seule. Dans bien des circonstances elle ne convenait que médiocrement, on ne se dissimulait pas les dangers qu'elle pouvait faire naître, on y recourait cependant faute de choix. On sentait vivement le besoin d'un autre moyen, lorsque la lithotritie parut. Cette méthode nouvelle s'annonça par des succès; il n'en fallut pas davantage pour l'accueillir avec cet enthousiasme aveugle qui généralisant quelques cas particuliers pose des règles trop absolues que le temps plus tard modifie. La lithotritie ne devait pas faire oublier la taille; elle n'a point une application constante. C'est qu'en effet ces deux méthodes se complètent mutuellement; l'une ne vaut pas mieux que l'autre, l'une sans l'autre ne saurait répondre à toutes les exigences; elles se remplacent à propos. Recourir à la cystotomie quand même, voir en toute occurrence l'emploi de la lithotritie seule c'est exercer la chirurgie sans y être appelé.

XXIII.

Les plaies des articulations sont souvent moins graves que ne le supposent beaucoup de praticiens. Nous avons vu dernièrement à *l'hôpital des Cliniques* une femme qui, à la suite d'une forte contusion, présenta tous les symptômes d'un abcès dans la capsule synoviale de la jointure huméro-cubitale. Les désordres nécessitèrent une ouverture; M. Nélaton pensa avec sagesse qu'il était convenable de la faire large, afin de permettre aux matières une issue facile, de lever tout étranglement, de donner à l'inflammation la liberté de tuméfier les tissus sans contrainte. La malade a guéri dans un temps assez court, et, chose remarquable, sans ankylose; les mouvements, sans avoir la liberté première, sont étendus à permettre d'obéir aux principaux besoins. On a lieu de penser que l'exercice les rétablira complètement.

En cas pareil, il faut de la hardiesse, débrider largement.

XXIV.

Dans la cataracte, l'abaissement a sur l'extraction l'avantage de permettre, en cas d'insuccès, la reprise de l'opération. Mais il ne faut pas croire, avec bien des auteurs, que dans l'opération secondaire le malade ne court pas les chances d'accidents consécutifs : conjonctivite, iritis, etc.

XXV.

Nos anciens, nos maîtres en beaucoup de matières, voyaient autre chose que le fait local dans les rétrecissements de l'urèthre. Les coarctations ne sont certainement pas toujours le résultat d'une cause générale, telle que la syphilis, le vice dartreux, les scrofules, etc. mais il est incontestable qu'il en est souvent ainsi. Hunter, l'immortel Hunter ne rapporte-t-il pas l'exemple d'un rétrécissement qui, chez un jeune homme scrofuleux, ne guérit que lorsque la diathèse eut été combattue?

Cette réflexion nous explique à merveille, il nous semble, les récidives si fréquentes après ces traitements qui ne consistent qu'à *dilater, cautériser, inciser.*

Nous voyons cette opinion professée, développée avec talent par le docteur Hubert Rodrigues, de Montpellier (1), dans son Nouveau traité des rétrécissements de l'urèthre. Les idées de ce professeur agrégé sont les *nôtres*, et nous nous empressons de rappeler son excellent livre, qui ne saurait être trop lu, trop médité.

A. G.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS.

IV. Compte-rendu de la clinique d'accouchements de l'École de médecine de Rennes pour l'année 1844.

Du 1er janvier 1844 au 31 décembre de la même année, 88 filles-mères ont été admises à faire leurs couches à la salle de maternité.

45 habitaient Rennes, les 43 autres venaient des communes rurales du département. Ces 88 femmes ont donné naissance à 89 enfants : 46 garçons et 43 filles, une grossesse ayant été double.

Les entrées à la salle ont été réparties ainsi qu'il suit entre les quatre trimestres :

Premier trimestre.	34
Deuxième trimestre..	23
Troisième trimestre.	20
Quatrième trimestre..	11
Total	88

38 de ces femmes étaient déjà mères, et 56 primipares.

L'âge des filles-mères a varié de 18 à 45. C'est à 28 ans qu'il y a eu le plus de grossesses, et à 27 ans qu'il y a eu le plus de récidives. Les rechutes se trouvent toujours principalement chez les femmes qui habitent Rennes (ville d'études et de garnison). Comme les années précédentes, nous avons constaté que les filles déjà mères produisaient un plus grand

(1) Chez Jean Martel aîné, imprimeur.

nombre de filles que de garçons, ce qui est le contraire chez les primipares ; en effet :

Pour 32 femmes dejà mères	garçons. .	13
	filles . . .	19
Pour 56 femmes primipares	garçons. .	33
	filles . . .	24
	Total	89

L'accouchement n'a pas toujours eu lieu à terme.

81 femmes accouchèrent à 9 mois.

7 filles, livrées à la prostitution, accouchèrent avant terme. (Dans ce nombre se trouve un avortement de 6 mois.)

82 enfants sont nés vivants.

7 sont nés morts ; 4 avec des signes de putréfaction plus ou moins avancée, et 3 qui succombèrent pendant le travail.

La durée du travail ayant été notée chez toutes les femmes, nous avons pu dresser le tableau suivant.

Tableau de la durée du travail.

Durée du travail.	Nombre des femmes ;	primipares ;	déjà mères.
De 1 h. à 6 h.	18	6	12
De 6 h. à 12 h.	20	12	8
De 12 h. à 18 h.	15	12	3
De 18 h. à 24 h.	8	6	2
De 24 h. à 30 h.	8	3	5
De 30 h. à 36 h.	7	5	2
De 36 h. à 42 h.	3	3	0
De 42 h. à 48 h.	3	3	0
De 48 h. à 54 h.	0	0	0
De 54 h. à 60 h.	1	1	0
De 60 h. à 66 h.	0	0	0
De 66 h. à 72 h.	1	1	0
De 72 h. à 78 h.	1	1	0
De 78 h. à 84 h.	1	1	0
De 84 h. à 92 h.	0	0	0
De 92 h. à 96 h.	2	2	0
Total	88	56	32

Les deux extrêmes du travail ont été 1 heure et 76 heures. Les présentations du fœtus ont été celles-ci :

1° La tête s'est présentée 86 fois par le sommet :

En occipito-cotyloïdienne gauche	75 fois;
En occipito-cotyloïdienne droite. .	10 —
En symphysienne droite.	1 —
Total	86 fois.

2° L'extrémité pelvienne s'est présentée trois fois :

A. par le siége :

En sacro-cotyloïdienne gauche . . .	1 fois ;
En sacro-cotyloïdienne droite.. . .	1 —

B. par les pieds :

En calcanéo-cotyloïdienne gauche .	1 —
Total	3 fois.

Dans 67 cas l'on a tenu compte du temps écoulé entre l'accouchement et la délivrance naturelle, et l'on a trouvé qu'elle avait eu lieu :

5 minutes après l'accouchement . . .	5 fois;
10	4 —
15	11 —
20	2 —
25	3 —
30	23 —
35	3 —
40	2 —
45	6 —
50	1 —
60	6 —
80	1 —
Total	67 fois.

Les enfants ont continué d'être mesurés et pesés immediatement après leur naissance, et nous avons obtenu le même résultat que les années précédentes, c'est-à-dire : insertion ombilicale au-dessous du milieu de la longueur totale, dimensions et poids plus grands chez les garçons que chez les filles.

Une seule application de forceps a eu lieu dans l'année, pour un séjour trop prolongé de la tête dans l'excavation du bassin. La rareté de cette opération nous paraît tenir à l'emploi judicieux du seigle ergoté, médicament qui ne nous a jamais failli étant pulvérisé à l'instant même ou nous allions l'employer.

Nous avons eu quelques cas d'inertie de matrice après l'accouchement, qui ont donné lieu à des pertes peu abondantes et qui ont toujours été réprimées au moyen de frictions exercées sur l'hypogastre et d'un ou deux grammes de seigle ergoté administré dans un peu de vin.

Deux femmes accouchées d'enfants morts ont pu indiquer l'époque présumée de la mort du fœtus.

L'une d'elles, accouchée à 7 mois, avait, huit jours auparavant, fait une chute sur le ventre ; depuis lors elle ne sentit plus son enfant bouger. L'autre, aussi accouchée à 7 mois, ressentit quatre jours avant son accouchement un violent frisson, eut des nausées et des vomissements ; dès lors elle ne perçut plus les mouvements actifs de son enfant ; mais elle perçut le ballottement.

Une autre fille primipare, accouchant d'un enfant mort, eut à la fin du travail des convulsions suivies de coma (éclampsie). La sortie du fœtus n'ayant pas mis fin à cette maladie, pendant le coma de la seconde attaque on porta la main dans l'utérus, et l'on fit l'extraction du placenta qui était partiellement adhérent.

Une fille primipare est accouchée vers six mois de grossesse de l'œuf tout entier qu'il fallut rompre pour avoir l'enfant, qui fut extrait vivant et vécut quelques heures.

Le fait le plus important fut une opération césarienne pratiquée le 18 mai.

Obs. Louise, bergère, âgée de 28 ans, haute d'un mètre, et ayant les jambes, les cuisses et le bassin fortement déformés par le rachitisme, avait été valétudinaire jusqu'à 18 ans ; à cet âge son état

s'était amélioré, et depuis lors elle jouissait d'une assez bonne santé et présentait beaucoup d'embonpoint.

Cette fille, qui habitait un village à 12 lieues de Rennes, ressentit les premières douleurs de l'enfantement et perdit le liquide amniotique. Le 15 mai, à 6 heures du matin, elle envoya chercher une sage-femme des environs qui, s'étant rendue près d'elle et ayant constaté son état, jugea l'accouchement naturel impossible, et fit demander les médecins d'une petite ville voisine; deux s'y rendirent les 16 et 17. Ils étaient décidés à pratiquer l'opération césarienne, lorsqu'ils pensèrent qu'il était préférable de l'envoyer à Rennes.

On la plaça dans une voiture, et la sage-femme l'accompagna. Le mouvement de la voiture détermina une perte, que la sage-femme arrêta en administrant quelques grammes de seigle ergoté. Enfin cette malheureuse, dont les douleurs n'avaient pas discontinué depuis le 15, arriva à Rennes le 18 à cinq heures et demie du soir. Un suintement fétide avait lieu par la vulve; les bruits cardiaques n'étaient pas perçus, et la mère ne sentait plus son enfant depuis la veille.

Ayant convoqué mes confrères Perrin, Girot, Guyot, Pechot et Revault, une consultation eut lieu, dans laquelle il fut décidé que, malgré la presque certitude de la mort de l'enfant, l'opération césarienne était seule praticable vu le retrécissement du détroit supérieur; nous n'estimions pas le diamètre antéro-postérieur à plus de 3 à 4 centimètres.

Tout étant préparé pour l'opération, et les élèves étant réunis, j'y procédai à 8 heures du soir suivant les règles ordinaires, en ayant soin toutefois de prolonger mon incision au delà de l'ombilic en suivant le côté gauche de cette ouverture, vu le peu de distance qui séparait l'ombilic des pubis.

Cette opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est quelques hoquets et la sortie d'une anse intestinale, dont je fus obligé d'attendre la réduction pour ouvrir l'utérus.

Un enfant mort, et qui avait l'occiput tourné vers la fosse iliaque gauche, est extrait avec une certaine difficulté, vu le resserrement de la matrice. L'extraction du placenta fut faite immédiatement par la plaie. Après le pansement ordinaire de cette opération, on porta la malade dans son lit; elle était calme et avait supporté l'opération avec beaucoup de courage.

La nuit se passa assez bien, sauf quelques douleurs dans la région hypogastrique; une petite quantité de sang coulait par la vulve et par la plaie de l'abdomen; les tisanes passèrent bien.

Le lendemain matin, les linges du pansement étant souillés de sang furent renouvelés; la faiblesse était extrême.

La sensibilité hypogastrique a augmenté. Des injections émollientes sont faites dans le vagin. Vers midi un frisson a lieu, il s'écoule toujours une petite quantité de sang par la vulve et par l'angle inférieur de l'incision abdominale; la malade, assez indocile, s'assied sur son lit plusieurs fois dans la journée (probablement par suite de l'anxiété que produit la perte de sang). La faiblesse va en augmentant de plus en plus et la malade s'éteint sans de grandes souffrances à 2 heures du matin, 30 heures après l'opération. Un nouveau frisson avait eu lieu dans la nuit.

Autopsie, 27 heures après la mort. Raideur cadavérique très marquée; beaucoup d'embonpoint; l'incision abdominale s'est cicatrisée par première intention dans ses quatre cinquièmes; il faut employer une certaine force pour désunir les deux lèvres. Une assez grande quantité de sang coagulé se trouve dans le petit bassin et communique par la plaie de l'utérus, très rétrécie, mais nullement cicatrisée, avec un caillot remplissant la cavité utérine. Il y a des traces de péritonite commençante sur les organes du petit bassin.

Tous les autres organes sont sains.

La malade a succombé à une hémorrhagie.

Le bassin de cette femme était trop curieux pour n'être pas conservé; aussi nous avons donné tous nos soins à sa préparation; il fait maintenant partie des collections de l'École.

Voici ce qu'il présente de plus anormal :

Ce bassin est très petit, et un peu plus large à gauche qu'à droite; les deux iliums s'élèvent perpendiculairement, et ne sont nullement évasés; les pubis sont fortement inclinés en avant; la colonne vertébrale est inclinée à gauche.

La femme étant supposée debout, le grand bassin regarde en avant, et l'axe du détroit supérieur est dirigé d'avant en arrière et *de bas en haut*.

L'ancellure est tellement prononcée que la face postérieure du sacrum est concave; cet os ayant été poussé en avant, les deux épines iliaques postéro-supérieures se sont rapprochées, et ne sont éloignées l'une de l'autre que de 35 millimètres.

Le sacrum a subi de notables changements dans sa direction et dans sa forme, à tel point qu'elles sont tout l'opposé de l'état normal.

Il est placé obliquement la base en bas et la pointe en haut, sa face antérieure est convexe d'avant en arrière (de haut en bas dans un bassin normal), et présente la même convexité transversalement.

L'angle sacro-vertébral regarde en bas.

Le coccyx est articulé à angle aigu avec le sacrum et se dirige de haut en bas et d'arrière en avant. La pointe de cet os répond à la partie supérieure du troisième trou sacré, dont elle est séparée par un espace de 22 millimètres, et ne peut s'en éloigner, le coccyx étant ankylosé dans cette position. Cette disposition donne au bassin une figure bizarre lorsque reposant sur sa base on le regarde de côté; en effet, la colonne vertébrale, le sacrum et le coccyx ont la forme d'un oiseau dont les ailes à demi étendues sont représentées par les iliums.

Mensuration dudit bassin.

Hauteur :

Du milieu de la crête iliaque droite au sommet de la tuberosité de l'ischion gauche, 140 millimètres.

Du milieu de la crête iliaque droite au sommet de la tubérosité de l'ischion droit, 125 millimètres.

Grand bassin :

Du milieu de la crête iliaque d'un côté au milieu de l'opposée, 175 millimètres.

D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre, 195 millimètres.

D'une épine iliaque antéro-inférieure à l'autre, 175 millimètres.

Détroit supérieur :

Ce détroit est réniforme.

Diamètre antéro-postérieur	0,036	millimètres.
— transverse	0,105	—

L'aplatissement du bassin et la saillie de l'angle sacro-vertébral empêchent de mesurer les diamètres obliques.

Détroit inférieur :

Ce détroit a la forme d'un quadrilatère irrégulier.

Diamètre antéro-postérieur	0,080	millimètres.
— transverse	0,105	—
— oblique gauche	0,100	—
— — droit	0,090	—
De la pointe du coccyx à la tubérosité sciatique droite	0,050	—
gauche	0,060	—

P. S. En médecine on rencontre ordinairement deux ou plusieurs faits à peu près identiques dans un fort petit laps de temps ; c'est aussi ce qui nous est arrivé au sujet de cette opération césarienne. Quatre jours auparavant le fait ci-dessus rapporté, nous avions pratiqué cette opération (en ville) pour un cas d'ostéomalacie, chez une femme arrivée à sa neuvième grossesse, et dont nous nous proposons de publier l'observation dans un autre travail.

A. Godefroy,

Professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Rennes.

MÉDECINE PRATIQUE.

V. De l'iodure de potassium dans le traitement de la pneumonie (1).

Obs. I. — John Fisher, jeune garçon de seize ans, de constitution délicate et d'un tempérament lymphatique, ayant cependant joui jusqu'à présent d'une bonne santé, est pris, le 7 janvier 1844, vers le soir, d'un frisson intense, après s'être exposé à une pluie glaciale. Au frisson succèdent de la fièvre et une toux intense avec une sensation de resserrement dans la poitrine. Je le vis le lendemain vers midi. Voici quel était son état : la nuit a été agitée ; le malade se sent très affaibli ; il est couché sur le dos, les épaules un peu relevées; 45 respirations par minute, s'effectuant du reste assez facilement ; visage animé et narines dilatées ; 120 pulsations molles et pleines; peau chaude et sèche ; disposition à la diarrhée; toux fatigante avec expectoration d'un mucus fort adhérent; soif vive ; inappétence ; anxiété dans la physionomie. La percussion donne un son mat à la partie postérieure du lobe inférieur du poumon droit avec un râle crépitant très distinct et un bruit expiratoire. La percussion fournit un son clair sur tout le poumon gauche ; respiration puérile de ce côté.

Prescription. Ventouses scarifiées en arrière du poumon droit ; toutes les heures prendre un des paquets suivants : calomel 10 grains, ipécacuanha 5 grains ; mêlez et divisez en 8 prises.

10 janvier. — La dyspnée a augmenté; le malade tend à la somnolence et s'endormirait sans la toux; filets rouillés dans les crachats ; 47 respirations par minute; pouls à 112, vibrant (jerking); langue sèche avec un enduit brun vers sa base ; pas autant de soif que la veille; il y a eu quatre selles pendant la nuit; le malade n'éprouve pas de douleur marquée. Aux questions qu'on lui fait il répond tout simplement qu'il se sent très malade. La percussion et l'auscultation donnent les mêmes signes, sauf que le bruit expiratoire du lobe inférieur du poumon droit est beaucoup plus distinct. Je prescris : tartre stibié, 2 grains, teinture d'opium cam-

---

(1) Dans notre numéro de mars dernier, rendant compte d'un journal américain, le *Medical Examiner*, qui s'imprime à Philadelphie, nous avons analysé un très court article sur l'emploi de l'iodure de potassium dans la dernière période de la pneumonie. Nous y manifestions quelque étonnement que l'auteur, M. le docteur Upshur, n'eût donné aucun détail d'auscultation pour le cas dont il annonçait la guérison récente, et qu'il se fût borné à citer six autres cas antérieurs de guérison. La susceptibilité de notre honorable confrère du Nouveau-Monde a été quelque peu éveillée par cet article. En réponse, il nous a fait remettre le numéro de juin 1845 du *Medical Examiner*, en tête duquel se trouve un article intitulé : *Nouvelles Remarques (Further remarks) sur l'iodure de potassium dans la pneumonie*, par G.-L. Upshur, M. D.

Avant d'entrer en matière, l'auteur reproduit une partie de notre critique, à laquelle il répond par les lignes qui suivent :

« J'ai malheureusement égaré les notes prises sur trois des cas que j'ai traités ; le quatrième a été inséré dans le *Medical Examiner* de juin 1844. Je vais maintenant donner les observations détaillées des trois autres cas. Le seul motif qui m'engage à le faire est le désir exprimé dans le journal précité ; car, pour mon propre compte, il y a longtemps que mon opinion est toute faite sur l'efficacité de ce traitement. »

Nous aurions mauvaise grâce en ne nous empressant pas de publier ces trois observations, les seules que nous soyons à même d'offrir à nos lecteurs. Tout en remerciant M. Upshur de son obligeance, nous lui ferons remarquer, relativement à sa dernière phrase, que les convictions personnelles acquises par lui dans sa pratique peuvent bien être pour lui un guide suffisant, au point de vue de la conscience ; mais, pour convaincre les autres, il faut quelque chose de plus : il faut des observations probantes sur lesquelles ils puissent à leur tour fonder leur opinion. C'est dans ce but que nous allons donner ici les trois observations de l'auteur avec les courtes réflexions dont il les fait suivre. N. D. R.

phré ¦ 2 gros (1), eau 4 onces; M. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures. Comme le soir il survint une exacerbation de fièvre et du vomissement, on diminua de moitié les doses de la solution précédente.

Le 11, peu de changement dans l'état du malade. Le tartre stibié paraissant devoir agir de préférence sur l'intestin est remplacé par le mercure doux à la dose d'un grain par heure. Les crachats sont plus rouillés que la veille; le râle crépitant a presque complètement disparu dans le poumon malade; on y entend un bruit de souffle bien distinct.

Pendant les cinq jours suivants, il ne s'opéra aucun changement notable dans la situation du malade, et le traitement consista dans l'administration du tartre émétique alternant avec les mercuriaux. Le 17, il y avait 103 pulsations très faibles par minute; respiration à 30, s'opérant avec difficulté; toux fatigante; l'expectoration *consistant en pus* (consisting of pus, c'est le point important à noter), quelquefois marquée de stries sanglantes, était très abondante. Outre le son mat à la percussion et la respiration bronchique, on entendait un bruit de craquement comme si l'air eût eu à se frayer un passage à travers un liquide consistant. *Prescription.* Emplâtre de cantharides de 6 pouces de long sur 4 de large à la partie postérieure du poumon droit. P. iodure de potassium, 1 scrupule; infusion de houblon, 8 onces. M. Un verre à vin toutes les huit heures.

Le 18, le malade est encore plus faible : pouls comme la veille, mais moins plein; langue sèche, couverte d'un enduit brun; le vésicatoire, qui est resté huit heures, a peu tiré; difficulté de respirer allant jusqu'à l'orthopnée; ventre très relâché; selles liquides. Je prescris du petit lait vineux et un gros et demi de teinture de kino, à prendre à la dose de 30 gouttes toutes les demi-heures, jusqu'à ce que les évacuations alvines aient cessé; continuer l'iodure de potassium.

19. — Le malade a reposé la nuit dernière; la toux n'est fatigante que par moments; le malade se sent plus fort et demande à manger; 95 pulsations molles et plus remplies que la veille; 25 respirations accompagnées encore d'un certain degré de dyspnée; une évacuation alvine pendant la nuit; son encore très mat à la percussion; respiration bronchique avec râle sous-muqueux aigu. Le malade a pris environ deux onces de petit-lait vineux et un gros et demi de teinture de kino. Continuer l'iodure de potassium à la dose de 5 grains toutes les six heures dans deux onces d'infusion de houblon.

(1) Il y a dans le texte anglais : *Tr. opii camph.* La pharmacopée de Londres indique une *teinture de camphre composée* dans laquelle il entre : camphre 3 grammes, opium dur et acide benzoïque 3 grammes, huile d'anis 3 millilitres, esprit faible 1 litre; faites macérer 14 jours et filtrez. C'est sans doute cette formule ou une autre analogue que l'auteur prescrit ici. N. D. R.

Le 20, le malade est décidément mieux; on peut même dire qu'il va entrer en convalescence. Le 21, étant obligé de m'absenter, je priai mon ami le docteur William Moore de voir mon malade. Il continua l'iodure de potassium aux doses que j'avais prescrites, et la convalescence marcha si rapidement qu'au bout de la cinquième visite, mon confrère crut pouvoir abandonner son malade à lui-même.

— Obs. II. Madame M....., âgée de 30 ans, mère de trois enfants, fut prise, le 22 février 1844, d'une douleur suivie de fièvre. Prenant son mal pour un léger catarrhe, elle n'envoya chercher l'auteur que le 26, alors que l'excitation fébrile, la toux et la dyspnée se trouvaient considérablement augmentées. Il y avait du râle crépitant diffus dans tout le lobe inférieur du poumon gauche; il y avait de ce côté un peu moins de sonoréité que dans l'état naturel, et l'on pouvait à peine distinguer le bruit expiratoire. Le ventre était constipé; la peau était humidé, l'anorexie complète; les crachats étaient très rares; un peu de mal de tête; coucher en supination. Le pouls était à 110, petit et compressible; la toux était si fréquente qu'on ne put qu'approximativement établir à 35 le nombre des respirations. Je fis appliquer les ventouses scarifiées au côté gauche en arrière, et je prescrivis, pour prendre d'heure en heure, une des pilules suivantes : P. calomel 10 grains, tartre stibié 1 grain 1/2, sirop simple Q. S. M. Divisez en huit pilules.

Le 27, pas de changement. Le 28, l'état s'est empiré; la malade se plaint de pesanteur à la région précordiale et de difficulté à respirer. L'action du cœur est confuse et laborieuse, et elle donne au pouls du poignet un caractère intermittent. L'oreille appliquée sur la poitrine perçoit un souffle notable. Respiration bronchique dans la portion malade du poumon gauche; matité à la percussion dans le même point. On voit d'après ces symptômes que la pneunomie avait passé au second degré et s'était compliquée d'endocardite, complication qui est loin d'être rare dans la pneunomie franche, et dont l'intensité peut aller au point de masquer la maladie primitive. *Prescription.* Ventouses à la région précordiale—nitrate de potasse 40 grains, teinture de digitale 45 gouttes, eau 4 onces. M. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Cette mixture fut alternativement prise et quittée jusqu'au 2 mars qu'elle fut supprimée tout-à-fait; on réappliqua des ventouses scarifiées à la région précordiale. L'action du cœur était plus régulière que le jour où les ventouses scarifiées avaient été appliquées pour la dernière fois; mais le souffle existait encore. Il n'y avait point de changement dans le poumon enflammé; la dyspnée et la toux sont cependant moins intenses; les crachats étaient transparents et adhéraient fortement au fond du vase. 100 pulsations faibles, bouche sèche, langue recouverte d'un enduit brunâtre; le malade est un peu sourd et très assoupi; il y a de la constipation. Application de vésicatoires aux malléoles; une goutte d'huile de croton à l'intérieur.

Le 3 mars, l'huile de croton a produit un effet copieux, les cantharides ont bien pris ; tout cela a tiré la malade de son assoupissement, et elle dit se trouver mieux que d'habitude.

Le 4, changement soudain dans son état: elle est très faible ; le pouls est compressible et irritable ; la respiration est difficile, et dans le point malade un rhonchus muqueux rude accompagne la respiration bronchique ; la toux est très fréquente et l'expectoration est *abondamment purulente*. J'ordonnai alors un mélange de décoction de sénéga et d'infusion de serpentaire à la dose d'un verre à vin toutes les heures. Sous l'influence de ce traitement, la malade se releva un peu et continua d'expectorer sans difficulté jusqu'au 5 à midi, que les remèdes parurent avoir perdu de leur effet, et l'on vit revenir la dépression des forces vitales. Du petit-lait vineux fut alors donné ; il ne fit qu'accélérer le pouls sans lui donner de la force ni du volume. Je prescrivis alors, en désespoir de cause, l'iodure de potassium de la même manière que dans le cas précédent. Au bout de 24 heures, il y avait déjà une amélioration évidente : la malade était plus forte, le pouls plus plein et plus résistant ; l'expectoration se faisait avec beaucoup plus d'aisance. Ce traitement fut continué et ramena en trois ou quatre jours le retour de l'appétit ; on donna une diète restaurante, et le 17 mars, la malade se trouvait très bien, sauf une légère toux et un peu d'âpreté dans le premier bruit du cœur. Cette dureté existe encore depuis plus d'un an, et comme elle dépend, selon toute apparence, de l'épaississement des valvules semi-lunaires de l'aorte, elle peut persister encore longtemps. La malade jouit, à cela près, d'une très bonne santé.

— Obs. III. Madame B..., épouse du sacristain de l'église de St-Paul, tomba malade vers le milieu du mois d'avril 1844. L'auteur, qui était alors absent, ne put la voir que le 25 du même mois. D'après le récit qu'elle fit de son état, elle paraissait avoir eu une pneumonie du lobe inférieur du poumon droit avec les symptômes accoutumés de frisson, de fièvre, de toux et de dyspnée. Elle avait pris pour tout médicament un cathartique composé de manne et de séné, et avait bu abondamment de la tisane de graine de lin. Les symptômes qu'elle présentait alors étaient un pouls à 95 et faible, respiration un peu difficile, expectoration abondante de *pus* flottant dans un mucus glaireux, pas d'appétit, une selle chaque jour régulièrement. La percussion fournissait partout un son clair, excepté dans le lobe inférieur du poumon droit où il y avait matité. La respiration bronchique était complète en ce point avec craquement et râle sous-muqueux. J'ordonnai l'application d'un vésicatoire sur le point malade, et à l'intérieur l'iodure de potassium comme dans les cas précédents. Il est inutile d'entrer plus avant dans les détails de ce fait. Qu'il suffise de dire que chacun des symptômes de la maladie s'améliora rapidement, et que la malade put, au bout de dix jours, reprendre ses travaux domestiques. Elle s'est toujours bien portée depuis.

Remarques. Je n'essaierai point dans ce travail, pas plus que je ne l'ai fait dans celui que j'ai déjà publié, d'expliquer rationnellement les effets de ce mode de traitement de la pneumonie à sa période de suppuration. L'idée me vint de l'employer dans le premier cas, après que les autres moyens thérapeutiques eurent échoué, et la promptitude de la guérison dut m'engager à y recourir dans d'autres cas analogues. L'iode a certainement une action altérante plus rapide qu'aucun autre agent thérapeutique, et, en outre, il produit, d'après les expériences de Jörg et aussi d'après l'opinion du docteur Dunglison, un effet stimulant sur les organes respiratoires. Or, cette impression stimulante est ce dont on a le plus besoin dans la période suppurative de la pneumonie, laquelle a pour caractères principaux la cessation de l'inflammation et une grande débilité de la fonction respiratoire. Lugol et Eager ont observé que l'appétit et la nutrition s'amélioraient rapidement pendant l'emploi de l'iode et de ses préparations, et c'est ce qui est grandement à désirer vers la terminaison d'une maladie aussi aiguë que la pneumonie. En résumé, si je hasardais quelque conjecture sur le mode d'action thérapeutique de l'iodure de potassium pendant le troisième degré de la pneumonie, je dirais : 1° qu'il tend à provoquer l'absorption de la lymphe coagulable répandue dans le parenchyme des poumons pendant le second degré et dont la conversion en pus sert ensuite à exciter la fréquence de la toux et la fièvre hectique du troisième degré, symptômes qui se prolongent souvent bien longtemps après que l'état inflammatoire est tombé ; 2° c'est un stimulant direct des poumons qu'on emploie au moment même où ceux-ci ont le plus besoin de stimulus ; 3° il donne du ton aux organes digestifs, réveille la nutrition et ramène ainsi l'organisme détérioré à son état normal.

George Upshur, D. M.

Norfolk, 10 mai 1845.

CHIRURGIE PRATIQUE.

VI. Considérations pratiques sur la lithotritie avec des observations sur ce genre d'opérations.

(Suite et fin. — Voir le précédent n°).

Obs. III. — M. de B... Antoine, frère du précédent, âgé de 67 ans, me fit appeler à sa campagne le 22 septembre 1840, pour me faire part de son état et demander du soulagement. Il m'apprit que près de trois ans auparavant, à la suite d'un effort, il avait tout-à-coup éprouvé une vive douleur dans la vessie ; qu'ayant voulu rendre les urines un peu après, il avait été surpris de les voir sanguinolentes ; que depuis lors quand il fatiguait, quand il allait

en voiture, il éprouvait comme la sensation d'un frottement douloureux sur une plaie qui aurait été dans la vessie, et que l'urine devenait alors sanguinolente. Ce liquide entraînait, en outre, en sortant, des sinuosités dont le passage à travers le canal paraissait douloureux. Il n'avait été encore conseillé, par d'autres médecins consultés, que des bains, des boissons mucilagineuses, ce qui ne donnait pas de soulagement durable.

Quoique le malade, à qui on n'avait jamais suscité l'idée que les symptômes qu'il éprouvait pouvaient se rapporter à une affection calculeuse, ne se fût jamais douté qu'il pût être atteint de la pierre, je lui déclarai que, pour assurer mon diagnostic qui penchait vers cette opinion, il était nécessaire que je le sondasse, ce qui fut facilement consenti; et, comme je m'y attendais, l'extrémité de l'algalie toucha bientôt le calcul. Je dis alors à M. de B..., un peu étonné de cette découverte, que ce qu'il avait de mieux à faire était de se confier à la lithotritie. Toutefois, comme il était obligé pour ses affaires de retourner à Noves, l'opération fut ajournée.

Le malade n'étant revenu que deux mois après, c'est-à-dire vers le milieu de novembre, je trouvai son état assez notablement aggravé. Il était plus souffrant qu'auparavant : le cahot de sa voiture, quoique bien suspendue, l'avait assez fatigué pour le forcer à garder le lit pendant plusieurs jours; l'urine était aussi moins facilement gardée qu'auparavant, etc. Quatre jours après, quand je voulus sonder le malade, je reconnus que le cathétérisme était plus douloureux et plus difficile que la première fois que je l'avais pratiqué. La sonde, dont le passage irritait assez le canal devenu très impressionnable, était surtout arrêtée du côté de la prostate évidemment hypertrophiée. Quand ensuite elle fut parvenue dans la vessie, il fallut la retirer bientôt parce que sa présence irritait le canal, et l'exploration de la vessie, quoique très doucement faite, la fatiguait pourtant. Il s'écoula même un filet de sang noirâtre à la sortie de la sonde, et les deux premières émissions d'urine furent aussi un peu colorées.

Il était facile de comprendre par tous ces symptômes que nous n'avions pas affaire seulement à l'affection calculeuse, mais encore à des complications de cet état qui, telles que l'état phlegmasique de la vessie, l'engorgement manifeste de la prostate, l'irritabilité du canal, ne manquaient pas de contrarier mon projet de traiter le malade par la lithotritie. Il y avait encore une irritabilité générale très prononcée, puisque cinq heures après le cathétérisme, fait pourtant avec toute sorte de ménagements, il survint un accès fébrile tout-à-fait semblable aux accès de fièvres intermittentes. Nous remarquâmes d'autres fois aussi que la simple introduction des sondes était suivie d'accès pareils. Ceux-ci en étaient même venus à se reproduire à une certaine époque sous la forme de fièvre tierce, et il fallut recourir au sulfate de quinine, qui heureusement les arrêta. — Nous atténuâmes cette irritabilité par des bains, des boissons délayantes, le repos au lit ou dans la chambre, un régime très doux. Au bout d'une quinzaine de jours, je pus introduire une sonde en gomme élastique. Enfin, peu à peu, tout en ne reprenant le cathétérisme que de trois en trois jours, nous finîmes, vers le 10 décembre, par pouvoir introduire une bougie en gomme élastique de la dimension du n° 4 des sondes de M. Mayor, et dès ce moment nous crûmes devoir songer à commencer le broiement.

En conséquence, le 16 décembre, après avoir fait placer convenablement le malade, et avoir injecté dans la vessie 150 grammes environ d'eau tiède, j'introduisis, non sans quelque peine, à cause du gonflement persistant de la prostate, le brise-pierre, qui saisit de prime abord le calcul. Celui-ci ne voulant pas céder à la pression de l'instrument, je me décidai à recourir pour cette fois à la percussion qui le fit éclater. Pendant quatre ou cinq fois encore la pierre ou ses fragments furent saisis et broyés sous le marteau, après quoi je retirai l'instrument bien fermé.

La première émission d'urine fut colorée et le malade fut mis au bain. Six heures plus tard, un accès de fièvre se déclara et se reproduisit deux jours après, ce qui me détermina, pour qu'il ne revînt pas une troisième, à administrer le sulfate de quinine qui réussit bien.

Tout, à dater de ce moment, se passa fort bien; des graviers en certaine quantité furent rendus; la vessie parut même assez soulagée. Quelques bains, des boissons délayantes, une alimentation douce et légère étaient en même temps prescrits.

26 décembre, nouvelle séance. Comme j'avais reconnu que l'introduction des sondes pour l'injection d'eau dans la vessie fatiguait le malade, je jugeai cette fois plus convenable de faire garder l'urine, rendue au reste plus aqueuse par l'ingestion d'une boisson émolliente, et d'introduire l'instrument dès que le besoin pressant d'uriner se ferait sentir et indiquerait la distension de la vessie. Le brise-pierre saisit facilement les fragments, les broya à plusieurs reprises, et fut ensuite retiré avec précaution. — Bain après la séance et repos au lit.

Trois nouvelles séances suffirent pour produire la guérison complète, et elles furent bien moins pénibles pour le malade que ne l'avaient été les précédentes. Le seul incident qui survint pendant ces deux dernières tentatives fut l'arrêt d'un gravier dans la fosse naviculaire, qui avait même fait enfler le gland. Mais le malade, qui appréhendait beaucoup les recherches avec les pinces, et qui répugnait à laisser inciser la méat pour l'agrandir, parvint à l'entraîner en dehors avec une bougie fine enduite à son extrémité d'une couche de beurre.

Pendant quelque temps encore après l'opération, le malade éprouvait quelque fatigue du côté de l'hypogastre; les urines restaient muqueuses, sans que cela l'empêchât de vaquer à ses occupations

habituelles. Mais cet état a été en diminuant progressivement, et depuis longtemps il n'en reste plus de traces. Notre honorable opéré jouit d'une santé parfaite.

Nota. Pour certains opérateurs, l'état maladif de la vessie, l'engorgement de la glande prostate, l'irritabilité du canal et de la vessie, l'irritabilité générale du sujet tellement prononcée que le simple cathétérisme provoquait des accès fébriles intermittents, auraient constitué une contre-indication à la lithotritie : ils auraient pu recommander la taille de préférence. Nous crûmes devoir agir autrement. Nous ne désespérâmes pas d'amener peu à peu l'état de ce malade à des conditions assez favorables pour que la lithotritie devînt praticable, et le succès a démontré que nous avions eu raison. — La différence de gravité que nous reconnaissons, quoi qu'on veuille dire, chez l'adulte, entre les deux opérations, et que les médecins *calculeux* eux-mêmes admettent bien, puisque, lorsque, comme Dubois, Sanson, M. Lisfranc et autres, ils se trouvent dans le cas d'avoir à opter entre la taille et la lithotritie, ils ne manquent pas de se faire traiter par cette dernière, est pour nous un motif puissant de ne recourir à la taille que lorsque le procédé du broiement est manifestement impraticable. Sans doute, si nous n'avions eu à notre disposition que la pince à trois branches de M. Civiale, nous aurions regardé comme téméraire peut-être et contre-indiqué de chercher à traiter par la nouvelle méthode ce calcul assez volumineux et accompagné de circonstances réellement défavorables ; mais l'instrument bien plus simple dont nous pouvions disposer nous encourageait à ne pas nous désister de la lithotritie.

La circonstance fortuite de deux cas de calculs vésicaux, remarqués à la fois chez les deux frères, dont aucun des ascendants n'avait présenté d'infirmité pareille, me porta à m'enquérir de la cause qui avait présidé à leur formation. La seule qui nous parut offrir quelque probabilité chez ces messieurs était la vie sédentaire qu'ils menaient.

Obs. IV. — Calcul vésical. — Mauvais état de la vessie et de la constitution. — Traitement par la lithotritie.

Le quatrième calculeux qui a réclamé mes soins pour l'opération du broiement a été M. le chevalier de L..., âgé d'environ soixante-dix ans, d'un tempérament sec et nerveux, habituellement valétudinaire par suite d'une gastro-entérite chronique qui le forçait depuis plusieurs années à se tenir à un régime très doux, et par suite aussi d'un état maladif ancien de la vessie qui, à plusieurs reprises, s'était traduit par des symptômes inquiétants de cystorrhagie. La dernière atteinte d'hémorrhagie vésicale avait eu lieu vers le milieu de l'été 1843, et avait inspiré de vives craintes. La présence d'un calcul ayant été pour la première fois constatée en septembre de la même année, le malade se disposa aussitôt à se rendre à Aix pour s'y faire traiter par moi ; il y arriva vers le milieu de novembre.

En songeant à la santé si délicate du sujet, à la disposition qu'il avait aux hémorragies de la vessie, à l'état catarrhal, presque purulent des urines, il y avait lieu de se demander s'il pourrait être traité par la lithotritie. Cependant comme le malade, auquel les notions sur cette opération n'étaient pas étrangères, désirait vivement y être soumis ; comme la manœuvre des nouveaux lithotribes est bien moins fatigante pour la vessie que celle des brise-pierres plus anciens ; comme, d'autre part, si M. de S... était d'une faible constitution, il était en revanche doué d'une énergie morale remarquable, je crus devoir condescendre à ses vœux, et, après quelques jours préparatifs, pendant lesquels j'introduisais quelques sondes dans la vessie pour rendre celle-ci tolérante pour les injections, et l'accoutumer au préalable à la présence des instruments, je procédai à la première tentative de broiement le 5 décembre.

Dans cette première séance, après une injection doucement faite avec environ 125 grammes d'un liquide émollient, le brise-pierre saisit à deux reprises seulement le calcul, qui chaque fois fut broyé par la pression exercée à l'aide de la clé latérale à pignon, après quoi l'instrument fut retiré. Je fis cette séance fort courte afin d'étudier ainsi la susceptibilité de la vessie. Des débris furent rendus et le patient en éprouva assez de fatigue. Il put même sortir dès le surlendemain.

Je fis une deuxième séance le 9 décembre, — une troisième le 12, — une quatrième le 14 et une cinquième le 19.

Sons vouloir spécifier tout ce qui se passa à l'occasion de ces tentatives de broiement, je dirai que le malade les supporta avec beaucoup de courage, que chaque fois, le dès lendemain du jour où il avait été lithotritié, il se levait, qu'il sortait presque tous les jours, outrepassant souvent à ce sujet les conseils qui lui étaient donnés. Toutefois, l'issue des débris de la pierre était pour lui assez fatigante, et il fallait calmer l'irritation uréthale par les bains de siége, des demi-lavements laudanisés, moyens qui l'aidaient à s'en débarrasser. Une fois pourtant nous eûmes recours avec succès au procédé que nous avons décrit ci-dessus pour faciliter le dégagement d'un fragment qui s'était arrêté dans l'urèthre.

Le 20 décembre, dans l'après-midi, un accès de fièvre en tout semblable à un accès intermittent survint et reparut encore vers la même heure le lendemain 21, ce qui me détermina à employer le sulfate de quinine que j'administrai, sous forme de pommades, en application dans le creux de l'aisselle, afin de ménager l'estomac irrité. Cet expédient me réussit fort bien, car le troisième accès fut à peine sensible et le quatrième manqua ; il n'en résulta en somme qu'un peu d'affaiblissement pour le malade.

Tout cependant allait selon nos désirs, malgré certaines imprudences, et le malade évacuait de temps en temps quelques nouveaux débris. Mais, aux fêtes de la Noël, voulant satisfaire son zèle religieux et oubliant trop qu'il continuait d'être sous l'influence

d'une opération et au cœur de l'hiver, notre malade se rendit à pied à la cathédrale encore assez distante de son habitation, y resta tant qu'il put tenir et revint tout fatigué, tout courbaturé. Nonobstant cela, il voulut encore assister et prendre part au repas de famille usité à cette époque dans notre contrée, ce qui le fatigua. Dès ce moment, en effet, il devint plus altéré, sa langue fut plus rouge et plus sèche; il fallut le mettre à la crème, à la tisane lactée, à l'eau gommée, aux cataplasmes sur le ventre, aux demi-lavements émollients.

Le 27 décembre, le malade paraissant un peu mieux, et comprenant qu'il a encore quelque fragment trop volumineux pour sortir, j'introduisis un brise-pierre avec les plus grands ménagements, et broyai sans peine quelques débris encore restants. Le malade, en effet, rendit encore ces quelques débris et tout nous indiquait que nous en avions fini avec sa pierre dont le broiement, comme on a pu le remarquer, n'avait pas nécessité moins de six séances.

Mais ce qui nous inquiétait vivement chez lui, c'était la continuation de l'irritation intestinale. Celle-ci, en effet, nous présentait des alternatives d'espoir et de gravité : tantôt elle paraissait s'amender et tantôt elle s'exaspérait malgré la plus grande surveillance dans le régime. Elle fut le prélude d'une espèce de fièvre lente, laquelle usa peu à peu l'existence du sujet déjà affaibli qui s'éteignit une trentaine de jours après la dernière introduction du brise-pierre.

Quoique nous ayons eu la douleur de ne pouvoir conserver à la vie ce respectable vieillard, que les plus belles qualités du cœur et de l'esprit faisaient chérir et estimer de très nombreux amis, il ne nous est pas venu à la pensée, ni sans doute aux personnes qui ont pu suivre les phases de cette opération, d'attribuer la mort à la lithotritie. Celle-ci sans doute l'avait bien quelque peu fatigué, mais cependant on a pu remarquer que, quoiqu'ayant subi cinq séances, il continuait à sortir presque tous les jours, et que ce fut une huitaine de jours après une tentative de lithotritie, par suite des imprudences mentionnées, qu'apparut l'exaspération de cette phlegmasie gastro-intestinale qu'il avait depuis longtemps, et qui cette fois, s'exerçant violemment sur un corps affaibli et âgé, ne put plus tendre à la guérison. Quant à la lithotritie elle-même, elle put être terminée malgré les circonstances les plus défavorables, et sans qu'il se soit jamais produit de ces hémorrhagies vésicales qui étaient survenues parfois spontanément en d'autres époques.

Obs. V. Autre calcul vésical. — Sujet éminemment irritable. — Lithotritie. — Guérison en cinq séances.

M. L.... , de Tarascon, âgé de trente ans, me fut adressé par un honorable praticien de cette ville, qui avait déjà constaté la présence d'une pierre vésicale. C'est un homme maigre, très irritable, très impressionnable, depuis longtemps obligé d'user d'une alimentation douce, à cause d'une disposition marquée aux irritations abdominales. C'est depuis plus d'un an qu'il éprouve les symptômes de son infirmité, et il nous fait observer que son père était très sujet à la gravelle. Deux explorations faites dans son pays pour reconnaître la présence de la pierre ont été chaque fois suivies d'un accès de fièvre assez intense.

Après l'avoir laissé reposer deux jours, pendant lesquels il fit usage de lavements, de boissons émollientes, d'une nourriture relâchante, je m'assurai de la présence de la pierre, et quoique j'eusse procédé au cathétérisme avec les plus grands ménagements, il éprouva quelques heures après un accès de fièvre, ce qui me prouva combien il était irritable. Je trouvai en cet épiphénomène l'indication d'administrer quelques pilules de quinine, afin de faire disparaître cette tendance fébrile. Après deux jours encore de repos, je commençai à pratiquer quelques injections dans la vessie avec de l'eau de mauves.

Enfin, le 18 mai, je fais une première séance de broiement. A peine le brise-pierre fut-il introduit, que j'obtins le choc du calcul, et que je le saisis immédiatement et sans aucun effort. L'ouverture de l'instrument marqua plus de trois centimètres. A plusieurs reprises la pierre fut saisie et broyée. Quoique assez dure, elle ne résista pas cependant à la pression exercée avec la clé à pignon. L'instrumentation fut bien supportée, malgré un certain état de spasme du malade. Cessation de toute douleur après la sortie du brise-pierre. Le malade regagne lui-même son lit; mais, avant d'y monter, il se sent pressé d'uriner. Le liquide rendu n'est pas même coloré; il entraîne quelques débris rougeâtres, anguleux et très durs, dont la vue satisfait notablement le malade. Celui-ci se trouva bien dans le restant de l'après-midi; à peine survint-il un peu d'accélération dans le pouls, mais absence de douleur à l'hypogastre. Les quatre jours suivants, il fut bien, resta levé tout le jour et rendit un assez bon nombre de fragments.

Le 25 mai, deuxième séance de lithotritie. Cette fois le calcul est chargé et broyé huit fois en trois minutes. Comme après la précédente tentative, le malade ne se ressent presque pas de l'opération. Il rend dans la soirée et les jours suivants de nombreux débris, dont quelques-uns assez volumineux.

La troisième séance eut lieu le 2 juin. Elle fut encore fructueuse. L'issue des fragments était pourtant fatigante pour le malade, dont la muqueuse uréthrale s'irritait. Le lendemain de la séance, je le trouvai souffrant par la présence d'un fragment retenu profondément dans le canal depuis la veille, et que les efforts de miction n'avaient pu expulser. Ce que voyant, je recommande au malade de bien boire, de garder le repos et de ne pas uriner jusqu'à mon retour. Trois heures après, trouvant le

patient tourmenté par le besoin d'uriner, j'introduis le cathéter n° 5 de Mayor jusqu'à proximité du gravier. Recommandant alors au malade de pousser l'urine, et retirant en même temps le cathéter, le jet urinaire expulsa devant lui le corps étranger, qui était triangulaire et pointu, et plusieurs autres fragments plus petits sortirent en même temps.

Il suffit enfin, pour compléter l'opération, de deux autres séances, qui eurent lieu le 7 et le 10 juin. Je ferai remarquer toutefois qu'après la dernière tentative, ce sujet fut atteint d'une irritation gastro-intestinale, qui aurait été sans doute prévenue par l'usage de quelques bains, dont nous avions cru pouvoir nous dispenser par l'absence des accidents, et pour éviter des embarras au malade. Mais quelques jours de diète, de boissons mucilagineuses, de repos au lit ou sur un canapé, d'applications émollientes sur l'abdomen, suffirent pour enrayer ces accidents phlegmasiques. Enfin ce malade retourna chez lui en juillet, après que j'eus bien pu m'assurer que sa vessie était tout-à-fait débarrassée. Depuis cette époque, rien n'est venu infirmer la guérison.

Voilà donc que nous avons traité par la lithotritie les cinq calculeux adultes qui jusqu'à ce jour ont voulu se confier à nos soins. Envoyé à Paris en 1835, par mission spéciale, pour étudier cette importante opération, nous avons ainsi plusieurs fois déjà mis en pratique dans notre pays les connaissances spéciales que nous avions puisées aux leçons des plus célèbres chirurgiens lithotriteurs de la capitale, et avons pu apprécier par nous-même l'excellence de cette méthode opératoire, dont nous avons attentivement suivi depuis les progrès. Les résultats avantageux que nous en avons obtenus, le degré de facilité d'exécution qu'elle a atteint, la simplicité des objets qui lui sont nécessaires, etc., nous font vivement désirer que tous les hommes de l'art concourent à la populariser.

Nous allons terminer ce travail par quelques propositions fondamentales qui ont trait surtout à la partie pratique de la lithotritie, et qui nous ont été suscitées par nos diverses opérations.

1° Quoique rien ne soit plus facile à comprendre que le jeu et le mécanisme des instruments à lithotritie, cette opération demande pourtant, pour être faite avec sécurité, des mains suffisamment exercées. L'introduction des instruments qui servent à la pratiquer, leur jeu dans l'intérieur de la vessie, la manière de chercher et de saisir le calcul, etc., exigent, de la part des chirurgiens qui veulent l'entreprendre, qu'ils l'aient vu pratiquer souvent, ou que du moins ils en aient autant que possible mûrement réfléchi et étudié toutes les circonstances de détail sur le cadavre.

2° Un malade se présente-t-il atteint de la pierre, et est-il reconnu qu'il pourra être traité par la lithotritie, il faut, avant de le soumettre à l'opération, avoir disposé la vessie à garder pendant quelques minutes une injection émolliente, pour donner momentanément à cet organe une amplitude convenable. Il faut aussi s'être assuré que le canal, exempt de toute coarctation, offre assez de dilatabilité pour le libre passage du brise-pierre et la sortie des fragments. On aura enfin préalablement combattu par un régime doux, par des bains, des boissons délayantes, du repos, etc., le stimulus ou l'état irritatif qui affecte souvent l'organisme des sujets atteints de calcul.

3° La position à donner au malade pour l'opération est une des conditions essentielles pour la facilité de son exécution. La plus convenable consiste à faire coucher le patient sur le dos, de manière que le siége soit très relevé, afin que la pierre puisse se porter d'elle-même vers le sommet de la vessie, où il sera beaucoup plus facile de la saisir. Que l'opérateur soit vis-à-vis de son malade dans une situation telle que ses mains manœuvrent à la hauteur de l'ombilic, afin de donner à ses mouvements, sans efforts et sans fatigue, toute la précision et la sûreté convenables. Pour cela, un brancard, un canapé sans dossier ou dépourvu de bras à une de ses extrémités, ou bien une caisse longue peu haute, remplaceront avantageusement les divers lits proposés. Sur celui de ces objets dont on pourra disposer, devra être étendu un matelas recourbé sur lui-même à un de ses bords, pour relever suffisamment le bassin du malade.

4° Soyons sobres de mouvements et de tâtonnements dans la vessie, afin d'éviter le plus qu'on peut de la fatigue à cet organe. Une main exercée n'a en quelque sorte qu'à ouvrir le brise-pierre, pour que le calcul ou ses fragments viennent d'eux-mêmes se placer entre ses mors, sans recourir à des frottements toujours pénibles et douloureux.

5° Ne manquons pas, quand l'impossibilité de rapprocher les deux branches aura indiqué que le calcul a été saisi, de nous assurer, par quelques mouvements imprimés à l'instrument, que celui-ci ne serre que la pierre. Certains alors de ne pas intéresser la vessie, nos manœuvres seront plus sûres et garanties de toute lésion et de toute crainte.

6° La prudence veut que le brise-pierre ne fonctionne dans la vessie que lorsque les parois de celle-ci sont distendues par une certaine quantité de liquide. Ainsi il est généralement conseillé, et avec raison, d'injecter de l'eau tiède ou bien quelque décoction émolliente, en quantité proportionnée à la capacité de la vessie. Nous pensons toutefois que, lorsque la vessie ou le canal seront irritables, il pourra être préférable de se contenter de laisser accumuler l'urine dans la vessie, afin d'avoir une cause d'irritation de moins. C'est ce que nous avons fait chez notre troisième opéré.

7° Quand la vessie se contracte spontanément et obstinément contre l'injection, on fera bien de chercher à s'opposer à la sortie du liquide et de revenir coup sur coup à une seconde et même à une troisième injection. En agissant ainsi, on lasse la vessie et on la

rend plus tolérante. Si cependant cette irritabilité vésicale ne cédait point à cet expédient, nous conseillerions l'usage de la sonde à double courant, munie de son tuyau d'ajoutage. Le courant, tantôt interrompu, tantôt continu, qu'on peut établir par ce moyen, est très propre, ainsi que nous l'avons reconnu, à accoutumer petit à petit la vessie à une distension à laquelle elle semblait d'abord inapte.

8° La longueur des séances de lithotritie doit être en rapport avec l'état présent de la vessie des calculeux. C'est à l'instinct pratique du chirurgien de reconnaître à ce sujet la limite qu'il ne doit pas dépasser. Il vaut mieux en général quelques séances de plus que des séances trop longues.

9° Évidemment la lithotritie ne saurait être appliquée à la guérison de tous les calculeux. L'âge, l'ancienneté du mal, l'état des organes, le volume, la dureté du calcul, etc., doivent être pris en considération pour la détermination à suivre à ce sujet. Constatons pourtant que les cas rebelles au broiement tendent à devenir de plus en plus rares. Combien le champ de la lithotritie ne s'est-il pas agrandi dans ces quelques années! Que l'on ne se hâte pas trop de se décourager de cette opération par certaines difficultés qui peuvent d'abord se présenter; car avec de la patience, des ménagements, des bains, l'usage modéré du cathétérisme et des injections adoucissantes, etc., on parviendra parfois et souvent à ramener l'état des calculeux à des conditions assez favorables pour que la lithotritie puisse être pratiquée avec succès. — Le jeune âge doit-il être considéré comme une contre-indication? Absolument, non. Nous dirons pourtant qu'avec M. Guersant, M. Chaumet de Bordeaux et autres, nous n'hésitons pas à donner alors la préférence à la taille périnéale, surtout à la bilatérale, la lithotritie nous semblant présenter réellement, dans le jeune âge, plus de difficultés et de danger que la cystotomie. Une seule fois nous avons eu à traiter un jeune calculeux âgé de six ans; nous avons préféré la taille, qui l'a guéri.

10° Le choix des instruments est très important: plus ils seront simples, faciles à manier, rapides dans leur action, etc., mieux ils devront convenir. Le brise-pierre à virole de M. Charrière nous paraît être présentement le summum du perfectionnement obtenu. Nous avons dit précédemment ce qu'il fallait penser des lits mécaniques, des étaux à main, des supports, des curettes et autres instruments qui compliquent l'appareil à lithotritie, et combien, en se perfectionnant, cette opération s'était simplifiée.

11° Une séance à lithotritie est-elle terminée, que le malade soit immédiatement mis dans un bain tiède; qu'il se couche ensuite, qu'il boive assez abondamment une tisane mucilagineuse ou même légèrement diurétique; qu'il reste à la diète le premier jour, et soit toujours muni d'une suspensoir quand il voudra se lever. Avec ces precautions, la fièvre sera presque nulle; on préviendra de graves inflammations abdominales, la cystite; le spasme vésico-uréthral facilitera l'expulsion des débris et préviendra les engorgements testiculaires.

12° Quand un fragment de pierre vient à s'arrêter dans les parties profondes du canal, il suffira généralement de le déplacer, de le repousser même dans la vessie avec une sonde ordinaire, ou mieux avec des injections dirigées dans l'urèthre par le moyen d'une sonde ouverte à ses deux extrémités. On pourra bien se trouver aussi d'user du procédé que nous avons décrit, lequel consiste, après avoir fait retenir l'urine dans la vessie, à introduire, lorsque le besoin d'évacuer ce liquide devient impérieux, une sonde d'un fort calibre jusqu'au corps étranger. Engageant alors le patient à contracter fortement la vessie, pendant que l'opérateur retire lentement la sonde, il devra arriver que le corps étranger sortira presque toujours immédiatement après cet instrument. Dans aucun cas il ne faut se hâter de se servir des instruments inventés pour extraire ces fragments, à moins qu'ils ne soient arrivés au gland, place où des pinces peuvent plus facilement les atteindre. Si pourtant on venait à éprouver encore trop de peine à les saisir, mieux vaudrait inciser le gland plutôt que de l'irriter ou de le contondre.

13° Pendant le traitement, ayons soin de distinguer la douleur qui provient de l'action de l'instrument, de la susceptibilité du sujet, de l'irritation ou de l'inflammation de l'urèthre, de celle occasionée par la présence et l'inégalité des fragments qui se pressent contre le col de la vessie et l'agacent péniblement. Tandis, en effet, que, dans le premier cas, il est indiqué impérieusement de suspendre l'opération, de recommander le repos, les boissons délayantes ou mucilagineuses, les bains, les lavements émollients, anodins, camphrés, les topiques sédatifs sur l'abdomen, etc., peut-être même de renoncer au broiement; dans le second cas, au contraire, il conviendra de rapprocher les séances, afin qu'en réduisant promptement en débris plus menus les fragments trop gros pour franchir l'orifice uréthro-vésical, on détruise au plus tôt cette cause mécanique des accidents irritatifs.

14° La lithotritie et la taille ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Quoique cette dernière ne doive être à nos yeux que l'exception, elle aura toujours ses cas à elle réservés. Si la lithotritie mérite d'être au premier rang sur la liste de nos ressources, la cystotomie se rapportera nécessairement aux cas où sa congénère ne saurait être applicable. Loin de se repousser l'une l'autre, elles doivent se prêter un mutuel secours.

PAYAN, D. M.,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, médecin de l'hospice de la Charité de la même ville, membre de plusieurs sociétés savantes nationales et étrangères, lauréat de plusieurs sociétés de médecine.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Rome, 20 juillet 1845.

VII. Quelle est la nature du miasme producteur de la fièvre intermittente?

De tout ce qui a été écrit sur les fièvres intermittentes, et l'on a beaucoup et doctement écrit sur ce sujet, il faut d'abord se hâter de recueillir cette vérité acquise à la science par l'observation, que la fièvre intermittente a sa source ou son principe dans les miasmes qu'exhalent les terrains marécageux.

En abordant l'étiologie de ces maladies, quelques auteurs ont confondu les causes spécifiques qui les produisent avec les causes occasionelles qui les développent dans l'économie, et il n'est pas étonnant qu'ils aient essayé ensuite d'établir une distinction entre les fièvres intermittentes des pays non marécageux et celles des pays exposés aux émanations paludéennes ; mais nous ne saurions faire une objection de ce qui n'est en réalité qu'une erreur de leur part. Aucun lieu de la terre ne nous paraît rigoureusement à l'abri d'un miasme dont l'air est le conducteur, le puissant véhicule. Si les fièvres intermittentes, abstraction faite de toute complication, sont les mêmes partout, elles n'ont par conséquent qu'un seul et même principe. — A des effets semblables, les mêmes causes!

Mais ce principe, quel est-il? Nous avons beau chercher, son nom n'est écrit nulle part.

Après avoir constaté la présence du miasme délétère dans les émanations marécageuses, les médecins se sont arrêtés là, abandonnant à la chimie le soin de vérifier le fait et de déterminer à quel principe élémentaire appartenait l'ennemi qu'ils avaient à combattre. Aussi, qu'est-il arrivé? que la chimie a décomposé l'air qui s'élève des lieux marécageux, et l'a trouvé le plus souvent d'une pureté et d'une salubrité égales à celui des montagnes (1), parfois chargé d'acide carbonique, d'azote, d'hydrogène carburé, parfois d'oxygène et d'hydrogène phosphoré (2), c'est-à-dire toujours composé des mêmes principes que l'air atmosphérique, plus l'hydrogène; d'où il a été conclu que « l'effet de ces gaz sur l'organisme étant parfaitement connu, aucun d'eux ne pouvait déterminer les phénomènes attribués à la fièvre intermittente (3). »

Passer outre, franchir cette lacune et, en désespoir de pouvoir jamais découvrir la cause du mal, étudier ses effets, c'est ce qu'ont fait les auteurs; c'est sans doute ce qu'il convient que nous fassions nous-même.

Toutefois, avant d'abandonner l'énigme qu'il ne nous est pas donné de résoudre, on ne nous saura peut-être pas mauvais gré de rendre compte ici des inductions où l'analogie de certains faits nous a conduits sur cette question.

L'esprit de l'homme est ainsi fait qu'il se jette dans l'hypothèse dès que la vérité lui manque.

On connaît, dit-on, l'effet des gaz azote, oxygène et carbonique sur l'organisme; cela est vrai, puisque ces fluides concourent en diverses proportions à former l'air atmosphérique; l'on connaît aussi l'effet du gaz hydrogène sur la respiration; il peut être respiré sans danger, et il faut avouer que jusqu'à cette heure l'on ne s'est pas aperçu que son introduction dans les voies aériennes ait déterminé chez aucun individu les phénomènes de la fièvre d'accès. Cependant, dit M. Desroches (1), si le gaz hydrogène n'est pas nuisible par lui-même, il le devient par l'oxygène qu'il déplace. Et qu'arriverait-il donc si une partie considérable d'hydrogène, ayant peu à peu, par voie d'absorption ou autrement, pénétré dans la circulation, en déplaçait tout-à-coup l'oxygène pour se combiner avec lui? Je défie qu'on suive cette proposition dans tous ses développements sans faire en même temps l'histoire des trois stades de la fièvre intermittente. Essayons ce rapprochement.

Première période de la fièvre. — Rétrocession du sang des extrémités au centre; horripilation; frissons; algidité.

L'hydrogène introduit dans la circulation en déplace aussitôt l'oxygène pour lequel il a une affinité plus grande que pour tout autre corps. La combustion de l'acide carbonique par l'oxygène dans les poumons, principe de chaleur animale, cesse graduellement; froid général.

Seconde période de la fièvre.—Développement lent et progressif de la chaleur; elle s'exhale d'abord des grands centres circulatoires, où le calorique s'est naturellement conservé: toutes les parties du corps sont bientôt envahies par elle; le malade se trouve dans un véritable état d'ignition.

L'hydrogène une fois combiné avec l'oxygène entre en fermentation; cet effet est d'autant plus lent qu'il reste moins de calorique; bientôt le dégagement de chaleur s'accroît à un point considérable.

Troisième période de la fièvre. — La peau devient moite, d'ardente qu'elle était; la sueur s'établit; elle coule quelquefois avec une abondance inexplicable.

Arrivés au plus haut point d'effervescence et de combustion, l'hydrogène et l'oxygène combinés se résolvent en eau.

Voilà bien, si je ne me trompe, le froid, le chaud et la sueur de la fièvre intermittente.

Dans ses premiers essais sur la respiration, Lavoisier avait attribué la transpiration pulmonaire à la combustion de l'hydrogène dans les poumons; depuis, l'on a cru trouver une

(1) J.-C. Gattoni, Julia-Fontenelle.

(2) Fourcroy, Moscati, Rigaud de Lisle, Vauquelin, Julia-Fontenelle, etc.

(3) *Traité des fièvres interm.*, par J.-C. Maillot.

(1) Traité élém. de chimie.

autre origine à la vapeur exhalée par l'expiration ; mais pourrait-on, sans l'intervention de l'hydrogène, expliquer de même l'origine de cette abondante exsudation qui se reproduit à chaque accès de fièvre intermittente ? Je sais que dans l'ascite et le diabète on voit également apparaître une surabondance de fluides qu'on n'est pas tenté d'attribuer à la présence d'un agent étranger ; mais aussi, dans ces maladies, l'amaigrissement rapide du sujet témoigne assez des pertes qu'éprouve l'économie, tandis que dans la fièvre intermittente c'est à peine souvent si le malade, après une longue suite d'accès, s'aperçoit d'une légère diminution d'embonpoint. Quelle est donc la source féconde où, sans s'appauvrir elle-même, la nature va puiser les éléments d'une pareille déperdition ?

Rapprochons maintenant cette théorie de la multitude des faits qui nous sont connus, nous serons frappés de leur évidence. Ainsi, soit que nous envisagions les lieux marécageux comme d'immenses réservoirs d'hydrogène et par conséquent comme de perpétuels foyers d'infection ; soit qu'au contraire nous nous transportions dans les forêts et les terrains boisés où la fièvre intermittente est inconnue, parce que, dirons-nous, l'hydrogène y est sans cesse absorbé par la végétation : d'un côté comme de l'autre tout s'accorde avec nos idées.

L'atmosphère, les saisons, nous fourniront de nouvelles preuves non moins évidentes ; je dis plus, en leur demandant compte de leur influence sur cette maladie, et de la part qu'elles prennent à son développement, nous arriverons à ne plus trouver de fièvres intermittentes sans le concours du gaz hydrogène.

D'abord, il n'est pas vrai, comme on l'a dit dernièrement, que les seules vicissitudes atmosphériques suffisent pour engendrer les fièvres intermittentes. Si cela était, le printemps, qui à Rome est sans contredit la saison la plus inconstante et la plus sujette aux violentes perturbations de l'atmosphère, devrait être aussi la saison des fièvres par excellence ; mais, loin de là, les fièvres y sont rares, et quand par hasard il s'en trouve encore quelques-unes de l'automne passé qui ont traversé l'hiver, on les voit à cette époque s'en aller d'elles-mêmes et sans traitement, disparaissant, suivant une remarque populaire, à l'apparition des premières cerises, c'est-à-dire au moment où le travail de la végétation nouvelle enlève aux vapeurs humides de l'air tout ce qu'elles renferment d'hydrogène.

Mais ce qui est hors de doute, c'est qu'en toute saison, à Rome, l'approche d'un orage a suffi pour déterminer chez une foule d'individus la fièvre d'accès. Qu'on le remarque bien, je dis seulement l'approche d'un orage, alors que l'atmosphère est chargée de vapeurs électriques, et qu'une subite diminution dans la pression de l'air met en liberté une grande quantité de gaz des marais ; car, sitôt que ce fluide s'est combiné avec l'oxygène ambiant et que la pluie tombe à flots, tout danger est passé ! Quiconque a été à Rome a pu entendre cette vérité de la bouche de tout le monde : les grandes pluies chassent la fièvre !

Le même privilége est accordé aux grandes sècheresses, deux conditions atmosphériques bien opposées sans doute, mais l'expérience est là pour l'affirmer. Point de fièvres intermittentes à Rome durant les ardentes chaleurs de l'été, et cela s'explique par l'absorption rapide des moindres vapeurs, par le poids de l'air qui maintient le gaz au fond des eaux, par la suspension de toute fermentation.

Ainsi l'été avec ses chaleurs, sans production possible de gaz hydrogène, l'hiver avec ses pluies abondantes qui l'épuisent entièrement ; le printemps avec ses intempéries qui hâtent une végétation qui l'absorbe, n'ont pas de fièvres intermittentes. L'automne seule donc, qui ne remplit aucune de ces conditions, qui n'a ni chaleurs excessives, ni pluies abondantes, ni végétation, est livrée à toutes les rigueurs de l'épidémie. Que se passe-t-il alors ? Le sol brûlé est dépouillé de ses produits, les lieux marécageux sont à sec, toutes les substances privées de vie gisent desséchées à la surface de la terre ; une légère pluie survient, un peu d'humidité pénètre la campagne, aussitôt tout entre en fermentation, la décomposition des matières animales et végétales s'opère, des torrents de gaz hydrogène, que rien n'absorbe plus, s'exhalent et viennent remplir l'air pour y préparer les grandes cataractes de la saison qui va suivre.

Avant de terminer cette question peut-être oiseuse, je n'ai plus qu'un mot à ajouter : parmi les causes occasionelles de la fièvre périodique, tous les médecins sans exception ont placé au premier rang la diminution des forces vitales, l'appauvrissement de la circulation, la débilité enfin, soit que des causes prochaines ou éloignées l'aient produite ; et j'ajoute à cette opinion que, dans les pays où cette fièvre est épidémique, on la voit toujours s'associer de préférence aux maladies des membranes séreuses ou muqueuses. Or, dans des conditions données d'anémie partielle ou générale, alors que les tissus blancs sont amollis, relâchés et comme noyés dans des flots de lymphe, ne serait-on pas naturellement porté à établir une sorte de similitude entre les terrains marécageux et l'état pathologique de ces mêmes tissus, véritables marais de l'organisme vivant ? Cette comparaison admise, il devient possible de concevoir par quelles lois d'affinité l'hydrogène pénètre dans la circulation ; et, jusqu'à un certain point, possible aussi d'expliquer pourquoi un purgatif, en excitant les membranes muqueuses et les forçant à une sécrétion plus active, tantôt coupe la fièvre à son début, tantôt, au contraire, la rappelle après que le quinquina l'avait expulsée ; pourquoi une saignée intempestive peut déterminer à l'instant la fièvre intermittente ; pourquoi enfin une foule de médicaments si différents de nature et de propriétés, tous les jours, en coupant la fièvre, semblent cependant agir d'une manière identique.

S'il n'est effectivement question que d'épuiser les muqueuses, d'activer ou de suspendre leur action, le fer, l'émétique, l'opium, le poivre, le quinquina, etc., etc., auront leur tour pour amener des résultats analogues.

BÉRARD, D. M.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

I. Traité des maladies des articulations,

par A. BONNET, professeur de clinique chirurgicale, etc. (1).

Les maladies des articulations forment une des questions les plus belles, les plus vastes, les plus difficiles de la chirurgie. Pour la traiter il faut une longue étude, une riche expérience, une connaissance parfaite des anciens et des modernes. M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lyon, a entrepris cette tâche. Sans se faire illusion sur les difficultés qu'elle présente, il a pensé que, pour lui donner une impulsion, le temps était venu. Il a eu le courage de le tenter, et nous y applaudissons, parce que, composé de deux volumes in-8° de plus de six cents pages chacun et d'un atlas in-4° étendu, son ouvrage a les qualités qui assurent à un auteur le plus brillant succès. Le traité dont nous entreprenons l'analyse n'est point une vaste monographie, mais une collection de monographies ou de mémoires importants sur lesquels la science laissait beaucoup à désirer. Il n'a rien négligé pour faire de son œuvre une œuvre consciencieuse, profitable : l'ensemble de son travail se résume dans chacun des nombreux chapitres des trois parties qui le composent en ces trois chefs : *anatomie pathologique*, *diagnostic* et *traitement*. Pour les élucider, il a eu recours souvent à des moyens ingénieux d'observation et presque toujours, en se plaçant autrement que ses devanciers, il est parvenu à voir certains faits sous un jour nouveau et heureux. Ainsi, toutes les fois qu'il l'a cru nécessaire, il a soumis à l'analyse chimique les produits sécrétés, a produit sur le cadavre diverses lésions physiques, et même s'est livré à l'étude comparée des maladies articulaires sur l'homme et sur les animaux.

Eclairant les observations cliniques et l'anatomie pathologique du flambeau du chimiste, il a déterminé la nature des fongosités, a démontré que la fibrine et la sérosité entrent seules dans leur composition, par suite a reconnu qu'elles sont semblables aux bourgeons charnus des plaies, d'un cautère qu'un pois entretient, tant par leur structure que par leur composition ; qu'elles sont loin d'être, comme on l'a cru si longtemps, des tissus nouveaux, sans analogue dans l'économie, mais bien de la fibrine organisée, arrivée et arrêtée à cette période d'organisation où elle est pénétrée de vaisseaux capillaires.

A l'exemple de J. Hunter, il admet, dans l'état morbide, trois ordres de produits de sécrétion : les premiers, s'organisant régulièrement, deviennent *celluleux*, *fibreux* ou *cartilagineux* ou *osseux;* les seconds sont arrêtés dans leur organisation, ils sont rouges, pénétrés de vaisseaux capillaires ; les troisièmes ne s'organisent pas du tout, le *pus*, les *tubercules*.

Par ce mode de procéder, en combinant plusieurs méthodes quand ces méthodes isolées sont impuissantes, il illumine, on le conçoit, des questions obscures de pronostic, et s'avance d'un pas plus assuré dans la voie de la thérapeutique.

Des expériences répétées sur les cadavres lui ont rendu compte des désordres que produisent tels ou tels mouvements forcés, imprimés aux jointures, et, comme il l'énonce lui-même, cette étude a été faite sur chaque articulation ; elle a été appliquée à tous les mouvements simples et composés, chez les enfants, les adultes, les vieillards, chez les individus de bonne et de mauvaise constitution. En suivant cette direction, il a su jeter un rayon de lumière sur la question encore si obscure de l'anatomie pathologique des entorses, sur leur diagnostic, sur leur traitement. En effet, les autopsies n'avaient point révélé, dans les entorses, diverses altérations qu'au lit du malade la vue et le toucher n'avaient point soupçonnées à travers le gonflement des parties molles ; certains changements de rapports des surfaces articulaires ; des fractures, des déchirures de muscles, la rupture de ligaments, d'apophyses.

Sous l'influence de mouvements forcés, le tissu cellulaire placé sous la peau, entre les muscles, autour des articulations, se déchire et cette déchirure s'accompagne de ces ecchymoses qu'il n'est pas rare de remarquer à la suite des entorses. Ce désordre peut exister seul ; le plus ordinairement il s'y joint la rupture des tendons, l'arrachement des ligaments.

Les mouvements forcés ne déterminent qu'exceptionnellement la division totale ou seulement partielle des vaisseaux et des nerfs un peu considérables. Il faut l'attribuer à l'élasticité de ces organes, ainsi qu'à la laxité du tissu cellulaire qui les entoure et les unit aux parties environnantes. Il n'en est pas de même des petits vaisseaux.

L'anatomie pathologique a constaté, depuis longtemps, dans la luxation, des ruptures musculaires. Le professeur de Lyon a désiré connaître et préciser le siége le plus habituel de ces dégâts et après des expériences multipliées il a eu l'assurance qu'ils avaient lieu à l'union des tendons avec les fibres charnues.

Dans les mouvements forcés des jointures, on distingue deux espèces de déplacement des surfaces articulaires : 1° un déplacement

(1) 2 vol. in-8, avec atlas, chez J.-B. Baillière.

permanent; 2° un déplacement temporaire. Celui-ci est le seul qui ait lieu dans l'entorse, il ne se révèle que par les désordres tels que l'ecchymose, la division d'un muscle, d'un ligament, etc.

Soumis à une distension exagérée, les ligaments cèdent de deux manières; ils se déchirent s'ils sont larges ou s'ils sont étroits, épais et durs, ils détachent la surface d'implantation.

Si les ligaments, les muscles et l'emboîtement des surfaces articulaires s'opposent à tout déplacement, les os, au lieu de glisser l'un sur l'autre, de s'abandonner, se fracturent et la fracture peut avoir lieu dans le corps ou près des extrémités. Pas un os ne fait exception. Ces désordres ne sont pas seulement en rapport avec l'âge, la constitution, mais avec l'état de santé, de maladie, etc.

Ces expériences du plus vif intérêt sont présentées avec tous les détails désirables; nous ne les avons qu'effleurées. Elles font connaître la possibilité et la nature de lésions que de loin en loin des autopsies d'entorses récentes avaient fait soupçonner.

Après cela l'auteur aborde l'anatomie pathologique des lésions vitales consécutives aux mouvements forcés. Il rappelle que l'inflammation à la suite des entorses se développe avec une rapidité qui ne peut appartenir qu'à des tissus très vasculaires; que la douleur vive à la moindre pression, au moindre mouvement, et le gonflement considérable indiquent une réaction inflammatoire intense dans les parties molles enveloppantes. Il passe en revue les lésions anatomiques des arthrites aiguës, des arthrites chroniques. Dans le premier cas, pour lui il y a : 1° simple congestion du sang; 2° congestion de sang et sécrétion de sérosité (hydarthrose); 3° congestion de sang, sécrétion de sérosité et sécrétion de fausses membranes. Dans le second : 1° petites végétations vasculaires sur la synoviale; 2° injection du tissu sous-séreux, son épaississement, sa transformation en tissu fibreux, en tissu lardacé; 3° dans la séreuse, sérosité sanguinolente, couches de fausses membranes; 4° rougeur, tuméfaction ou ulcération des cartilages; 5° fongosités et collection purulente, etc.

Difficulté des mouvements et douleur, voilà les premiers symptômes de l'entorse. Le docteur Bonnet ne rapporte pas cette exagération de la sensibilité à la distension des ligaments; il l'explique comme M. Magendie par la distension des nerfs et de la synoviale. Nous croyons qu'il a raison; nous approuvons pleinement sa manière de voir.

Quand il y a eu déchirure de petits vaisseaux, l'ecchymose apparaît 48 heures environ après l'accident et se dissipe du dixième au vingtième jour.

L'arthrite aiguë, développée dès les premières heures, s'annonce comme toutes les inflammations par de la douleur, de la chaleur, de la rougeur et du gonflement.

Rien dans l'examen de la partie ne donne l'assurance d'une rupture dans les tissus fibreux, dans la capsule séreuse, et l'on ne peut éclairer ce point de diagnostic qu'en sachant quel est le mouvement forcé qui a été produit et en se rappelant les résultats que ce genre de mouvement produit sur le cadavre.

L'arrachement des éminences osseuses, la déchirure des muscles, des gaînes tendineuses, des ligaments et des synoviales, etc., en donnant plus de prise à l'inflammation, aggravent le pronostic des entorses; il en est de même d'un traitement irrationnel, mal entendu. Il faut redouter une mauvaise position et aussi une immobilité trop prolongée; cette immobilité, il paraît, suffit à elle seule pour produire les altérations les plus graves. Un excès contraire est également dangereux; l'immobilité prédispose à l'absorption des cartilages, les mouvements poussés jusqu'à la fatigue exposent à des congestions sanguines. Le rhumatisme chronique, la goutte, les scrofules, les diathèses en général, assombrissent toujours le pronostic.

Les pages qu'il consacre au traitement de l'entorse sont aussi bien remplies que celles que nous venons de parcourir et nous ne croyons pas qu'il soit possible de mieux résumer la science, de mieux juger les moyens qui ont eu tour à tour une vogue plus ou moins justement méritée.

Toujours passant du simple au composé, il suit, dans le traitement de l'entorse, l'ordre que nous admirons partout. Il l'examine 1° au moment de l'accident; 2° lorsque l'inflammation consécutive est franchement développée; 3° lorsque la maladie est passée à l'état chronique.

Le traitement des entorses récentes consiste à réduire, s'il y a fracture, à maintenir réduit, à prévenir ou combattre les réactions inflammatoires.

Aussitôt après qu'une articulation a subi une distension violente, à l'exemple de Boyer, il ne voit rien de mieux que les bains locaux dans l'eau froide. A cet égard, il entre dans des développements que malheureusement nous ne pouvons songer à reproduire ici. Contentons-nous de noter qu'une fracture compliquant l'entorse ne contre-indique aucunement l'usage des bains froids. Son expérience l'a constaté mainte et mainte fois.

Voilà pour le pied et pour la main; mais quand il s'agit du coude ou du genou, l'immersion est peu commode ou impossible, il faut recourir à d'autres moyens. Il recommande les cataplasmes préparés avec la pomme de terre râpée, du persil haché, etc.

Les liquides réfrigérants que l'on peut employer sont nombreux; ils s'appliquent à l'aide de compresses. Ils ont le grand inconvénient de manquer le but, lorsqu'on ne les renouvelle pas de moment en moment.

Les irrigations continues d'eau froide sont précieuses, mais il faut savoir les diriger. Il entre à cet égard dans de sages recommandations et décrit les appareils qui lui semblent les moins défectueux.

Les déchirures des ligaments, les fractu-

res, etc., qui compliquent l'entorse, nécessitent l'immobilité des articulations malades. Comment l'obtenir? A quel appareil donner la préférence? Ici l'expérience de l'habile chirurgien de Lyon est à prendre en considération. Pour des motifs qu'il énonce, il condamne le séjour au lit sans aucun appareil; il ne connaît rien de plus vicieux que les appareils avec des coussins de balle d'avoine et des attelles latérales; et sans nier les avantages des bandages inamovibles, amidonnés ou dextrinés, il préfère les gouttières de M. Mayor, qui assurent l'immobilité dans une bonne position, tout en laissant les articulations à découvert et n'exigeant pas qu'une compression soit exercée sur elles. Enfin il a modifié les gouttières de M. Mayor, et cherche à justifier ses modifications.

Fabrice d'Aquapendente fait un précepte d'imprimer des mouvements aux articulations qui viennent d'être affectées d'entorses. M. Ribes émet aussi cette idée. Les préceptes de ces auteurs sont vagues. M. Bonnet les élucide et distingue très bien les cas dans lesquels, en effet, la guérison suit de près une semblable pratique; il présente même à l'appui des résultats satisfaisants qui lui appartiennent.

Le massage, à son avis, est d'une utilité réelle dans les entorses, principalement dans celles qui sont dues à la contraction musculaire. Pouteau, Lieutaud, M. Récamier et M. Martin (de Lyon), l'ont constaté avant lui.

Au début des entorses, les réfrigérants sont bien meilleurs que les cataplasmes chauds; émollients, que les sangsues, etc. Il n'en est plus de même lorsque l'inflammation s'est développée.

Dans le traitement des lésions chroniques consécutives aux entorses, il est aussi progressif que nous venons de le voir dans la période d'acuité; dans les cas de douleurs avec difficulté dans les mouvements, sans lésion apparente, ou accompagnées d'inflammation chronique, il ne peut accepter comme méthode générale les frictions stimulantes, si journellement conseillées: celles de *baume nerval*, de *baume opodeldoch, les bains excitants alcalins et autres, les douches sulfureuses et salines.*

A ses yeux l'immobilité n'est pas moins nuisible. Que veut-il donc? Imprimer chaque jour les mouvements qui appartiennent à l'état normal, et exercer sur elles des tractions qui seraient utiles pour faire disparaître des déplacements insensibles.

Le massage, les frictions émoussent en quelque sorte la douleur; elles amènent le plus souvent un soulagement manifeste. Si le massage est insuffisant, il a recours aux applications réfrigérantes, aux bains froids, seuls ou aidés de frictions.

Ce mémoire sur l'entorse est suivi d'un mémoire sur les plaies des articulations. Celui-ci, sans nous paraître aussi complet qu'il devrait l'être, montre cependant encore l'érudition, l'habileté, l'expérience de l'auteur, qui, dans le moindre passage, imprime un cachet essentiellement chirurgical.

Nous n'en finirions pas ou nous dépasserions grandement les limites qui nous sont imposées, si nous voulions feuilleter un à un les chapitres qui traitent de l'arthrite aiguë, du rhumatisme articulaire, des hydarthroses, des corps étrangers, de la goutte, des tumeurs fongueuses des jointures, des abcès, des maladies tuberculeuses, de l'ankylose, etc., etc. Ne pouvant même avoir la prétention de passer en revue toute la troisième partie, dans laquelle se déroulent les caractères spéciaux des maladies de chaque articulation en particulier, nous allons nous attacher aux maladies de la hanche, qui nous paraissent merveilleusement comprises. Cette question, une des plus obscures de la pathologie articulaire, qui jusqu'à présent a fait naître tant d'incertitudes et d'erreurs sous le rapport du diagnostic, du pronostic et du traitement, a ici une solution qui nous montre le terme des dissidences qui ont lieu au sujet de l'allongement, du raccourcissement et du meilleur traitement à suivre.

De toutes les articulations, il n'en est pas dont les maladies soient plus embarrassantes à diagnostiquer, à traiter convenablement, réclament plus d'études spéciales que celles de la hanche. La cause de ces difficultés provient sans doute de la situation profonde de cette articulation, de l'épaisseur des parties molles qui l'enveloppent. Malade, elle allonge ou raccourcit le membre correspondant, et soustrait à l'appréciation de nos sens la véritable raison de ces phénomènes; les méthodes de traitement pour remédier à un semblable état de choses, jusqu'à cette heure reconnu par ses effets, mais incompris dans son essence, exigent des précautions particulières, des moyens mécaniques, sur la nature desquels les chirurgiens montrent la plus étrange incertitude. Si M. Bonnet a rendu des services, c'est sans contredit en s'occupant, comme il l'a fait, des lésions coxo-fémorales. Ce sont ces motifs qui nous sollicitent à consacrer quelques colonnes à cet important sujet; autrement nous aurions du regret de ne point vous en dire suffisamment pour vous permettre d'embrasser ce chapitre (II, troisième partie) dans son ensemble, d'en calculer par vous-même la valeur, l'utilité pratique. Il renferme les fractures, les luxations, les contusions de cette région, les coxalgies, les entorses, les inflammations aiguës, les hydarthroses, les abcès froids, les ankyloses, etc. Il commence par présenter des considérations relatives:

1° Aux injections forcées, pratiquées après la mort;

2° Aux positions;

3° Aux variétés de longueur de la cuisse, et spécialement l'allongement et le raccourcissement;

4° Au diagnostic;

5° Au traitement mécanique.

Il est urgent de les bien comprendre. Les injections forcées dans cette articulation déterminent certains mouvements; si le sujet est couché sur le dos, le fémur se soulève, se dirige dans le sens de la flexion, arrive à faire avec la paroi antérieure de l'abdomen un angle de 60 degrés environ; de plus, la cuisse

se porte constamment dans l'abduction et dans la rotation en dehors. Elles conduisent à expliquer les causes de l'allongement du membre abdominal, la position de la cuisse dans les hydarthroses ; elles permettent de mesurer, à bien dire, la résistance relative des divers points de la capsule articulaire, de suivre la direction que prennent les liquides échappés de l'articulation coxo-fémorale ; de s'assurer que cette jointure a la plus ample capacité possible dans la demi-flexion combinée avec l'abduction.

Les positions des malades affectés de coxalgie sont à observer avec un soin extrême. Aussi voyons-nous le professeur Bonnet traiter successivement : 1° des diverses espèces de positions ; 2° des causes de ces positions ; 3° de leurs effets ; 4° de leur diagnostic. Ces connaissances sont indispensables encore pour juger de l'allongement et du raccourcissement dans les coxalgies

La cuisse, dans la coxalgie, est constamment fléchie sur le bassin, rarement d'une manière directe, plus fréquemment d'une manière combinée à l'abduction, mais plus fréquemment surtout à l'adduction.

A ces trois positions se réduisent celles que l'on observe dans les maladies de la hanche ; et notons-le, jusqu'à ce moment elles n'ont que très médiocrement fixé l'attention des auteurs.

En allant à la recherche des *causes*, il attribue la flexion à ce que, dans les maladies de cette région, les altérations, quelles qu'elles soient, ont pour résultat de fixer la cuisse dans la direction où elle se met naturellement dans le repos, et aussi, d'après ce qui précède, à l'effort exercé par les liquides accumulés dans la capsule. L'auteur ajoute aussi : Le malade n'y serait-il pas conduit instinctivement pour relâcher la capsule, qui, vous le savez, est plus spacieuse dans la flexion que dans l'extension ? Ces explications sont attrayantes, elles nous séduisent.

Les effets des positions sont, on le devine, d'autant plus prononcés que les positions elles-mêmes s'écartent davantage des positions normales. Que la flexion soit directe ou compliquée, soit d'abduction, soit d'adduction, il en résulte une certaine difficulté dans la marche, la saillie des fesses en arrière et la cambrure des reins ; en outre, dans les deux derniers cas, les inconvénients propres aux mouvements d'abduction et à celui de la rotation en dehors : tendance à la luxation spontanée en dedans, sur le trou obturateur ou sur le pubis ; tendance à la déformation du genou ; 2° imminence au déplacement sur l'os des iles, etc., etc.

Considérant que, dans les deux positions les plus fréquentes, le genou éprouve des distensions ou des compressions pénibles, le professeur de Lyon s'est demandé si, dans les coxalgies, ce n'était pas à cette circonstance toute physique qu'il fallait attribuer la coexistence si journalière des douleurs du genou avec celles de la hanche, c'est-à-dire que la coexistence si fréquente des douleurs du genou et de la hanche dépendrait simplement de la coexistence de lésions de ces deux jointures.

Diagnostiquer une position n'est pas chose aussi facile qu'on est disposé à le croire au premier aperçu. Aussi M. Bonnet y consacre-t-il une dizaine de pages qu'il faut lire en entier, les planches sous les yeux, pour en bien comprendre le sens et la portée. Elles renferment trop de considérations d'utilité pratique pour ne point les recommander d'une manière pressante, pour ne point les méditer lorsqu'on les a lues.

Qui ne se rappelle les dissidences au sujet de l'allongement et du raccourcissement, les hypothèses sans fondement auxquelles ils ont donné lieu ? Il est beaucoup de praticiens qui ne savent pas mesurer un membre, beaucoup plus qui s'évertuent à expliquer ces deux états opposés en se fondant sur des notions qui sont loin d'avoir la valeur qu'ils leur accordent. Occupons-nous de l'allongement. Les uns l'ont attribué, vous le savez, à l'abaissement du bassin du côté malade ; les autres à l'accumulation de la sérosité dans l'articulation de la hanche ; ceux-ci au gonflement du paquet cellulo-graisseux situé au fond de la cavité cotyloïde ; ceux-là au gonflement des cartilages ; quelques-uns enfin à la tuméfaction de la tête du fémur ou au relâchement des muscles qui entourent la jointure. Sans aucune hésitation, certains de ces changements contribuent à produire l'allongement, mais ils n'y contribuent pas seuls, et il est des causes de ce phénomène que M. Bonnet a soumises au jugement du public médical.

Il est des coxalgies dans lesquelles il n'y a ni allongement ni raccourcissement ; avant Boyer et M. A. Bérard, Sabatier l'avait signalé, et dans cet ouvrage on lit l'observation d'une femme qui offrit cette particularité rare.

L'allongement s'observe fréquemment. — L'auteur s'en rend compte par la position qu'affecte le malade, par les rapports que prennent anormalement la cuisse et le bassin.

« La cuisse malade est placée plus ou moins » fixement dans la flexion, l'abduction et la » rotation en dehors ; la cuisse saine est diri- » gée parallèlement à la cuisse malade. »

Ou bien : « Le bassin est fléchi sur les cuisses » et le côté qui répond à la hanche malade » est situé plus bas et plus en avant que ce- » lui qui répond à la hanche saine. »

Nous ne le suivrons pas davantage dans l'exposition de sa théorie qui lui a fourni dans sa pratique tant de résultats avantageux au point de vue du diagnostic, parce qu'il faut avoir sous les yeux, en même temps, et le texte et l'atlas, pour profiter des raisonnements de l'auteur et en comprendre la justesse.

Le raccourcissement du membre dans la coxalgie est au moins aussi fréquent que l'allongement.

Il dépend tantôt de l'absorption de la tête du fémur ou de celle du fond de la cavité cotyloïde, tantôt de la luxation sur l'os des iles, souvent de la position du malade. A ce dernier

égard, les opinions du professeur lyonnais se résument en ces deux propositions : 1° « Lorsque, dans les coxalgies, la cuisse du côté malade est raccourcie, cette cuisse est portée dans la flexion, dans l'adduction, dans la rotation en dedans; la cuisse du côté opposé est placée parallèlement à elle. 2° Dans la coxalgie avec raccourcissement du membre malade, le bassin est fléchi sur les deux cuisses et le côté correspondant au raccourcissement est situé plus haut et plus en arrière que le côté opposé. »

Le traitement mécanique des maladies de la hanche se compose, suivant les cas, de moyens propres, 1° à ramener les cuisses et le bassin dans une bonne position; 2° à rendre ces parties immobiles; 3° à rétablir leurs mouvements; 4° à comprimer la hanche.

Pour remplir ces indications nous trouvons encore le savant professeur fort judicieux. Les appareils qu'il emploie, ingénieux où ingénieusement modifiés, sont très susceptibles de rendre de bons services dans toutes les mains qui sauront les employer avec sa prudence, son talent.

Nous regrettons vivement d'être contraint par l'espace qui nous est réservé de nous arrêter aussitôt. Mais, en nous bornant à cette courte analyse, nous avons l'espoir d'en avoir dit assez pour montrer la valeur intrinsèque de cette publication dont l'atlas étendu facilite si bien l'intelligence de plusieurs théories curieuses qui ne manqueront pas de faire faire, avant longtemps, les progrès que l'humanité a jusqu'ici vainement réclamés.

Le traité des maladies des articulations est l'ouvrage le plus complet sur la matière et nous devons le dire, l'auteur, malgré les difficultés qui l'entouraient, a su le mettre au niveau des monographies publiées sur les lésions les mieux étudiées. Ecrit sans prétention, il ne manque pas de clarté, se lit facilement, avec plaisir, et ces conditions à notre avis sont loin d'être futiles, car sans elles, sur la page la plus substantielle, on s'endort, comme on le fait près de la chaire d'un professeur éminemment érudit qui rend lourdement, péniblement sa pensée. D'une utilité pratique incontestable pour l'étudiant, pour le praticien même, une place lui est assurée dans toutes les bibliothèques médicales. A. G.

II. De l'indication et de la formule de la saignée générale dans les maladies aigues, par le docteur Gouraud père (1).

Cet opuscule est la deuxième édition d'un mémoire qui a été inséré dans nos numéros de juillet et de décembre 1844. Mais l'auteur, dont on avait réduit le travail afin qu'il ne dépassât pas les limites ordinaires d'un article de journal, l'a depuis revu et augmenté notablement.

Personne n'était plus en état que M. Gouraud de traiter convenablement un sujet aussi délicat. Supposez que cette question eût été mise au concours, et elle l'a été; quelque jeune et infatigable théoricien n'eût pas manqué d'invoquer les auteurs du jour. Sans nous faire grâce d'aucun, il nous eût étalé leurs œuvres et leurs idées en tableaux numériques.

Ce n'est pas ainsi qu'a envisagé le problème un ancien vétéran du corps médical des armées, qui a pratiqué et enseigné la médecine presque sur tous les points occupés par nos soldats depuis le littoral de la mer du Nord jusque sur le littoral africain, et qui passe actuellement les loisirs de sa vieillesse à confronter les souvenirs des succès et des revers de sa longue pratique avec les enseignements des grands hommes de tous les siècles, Hippocrate, Galien, Paré, Baillou, etc.

Ceux qui ont lu les études si intéressantes que M. Gouraud père a publiées sur la fièvre intermittente pernicieuse qu'il a observée et traitée en Italie et en Afrique, livre que tout jeune médecin qui part pour l'Algérie ne saurait se dispenser de lire sans s'exposer à apprendre longtemps aux dépens de la vie de ses malades, ceux-là savent que notre auteur n'aborde pas une question avec un front rembruni de dogmatisme et de philosophie transcendentale à la façon de nos bons voisins d'outre-Rhin. M. Gouraud semble converser avec son lecteur, qu'il s'attache par une causerie gaie et si bien soutenue qu'il est impossible de se débarrasser de lui qu'on ne l'ait écouté jusqu'au bout, tant il a l'art de savoir se passer de l'échafaudage artificiel de divisions avec lequel les savants de nos jours prennent eux mêmes à tâche de régler et modérer la bonne volonté de leurs lecteurs.

Il serait à désirer que les jeunes médecins, soit théoriciens, soit praticiens, formassent leur jugement à la lecture des travaux de ces vieux confrères qu'ils négligent à tort, parce que ceux-ci ne savent peut-être pas aussi bien qu'eux faire une addition, une multiplication ou une règle de proportion, nouvelle manière de formuler aujourd'hui les indications; ils apprendraient, du moins, à ne plus faire de traité de maladies des enfants, ou autre, après une année d'internat à l'hôpital de la rue de Sèvres ou dans tout autre établissement spécial; à ne plus compromettre l'avenir de leur nom en vendant au détail les essais empiriques de certains chefs de service dans des manuels qui ont la prétention d'exposer nettement l'*état actuel de la science*, formule ontologique, purement abstraite, puisque, pour arriver à en réaliser l'idée, il faudrait exhumer de leur tombeau bien des connaissances ensevelies dans des livres ignorés ainsi que d'autres dont la tradition s'est perdue.

Nous pouvons en donner pour preuve le sujet même qu'a traité M. Gouraud, l'indication et la formule de la saignée dans les maladies aiguës. L'indication de la saignée se trouve traitée et même résolue, autant que cette question médicale pouvait l'être, dans les livres hippocratiques, et plusieurs fois l'exemple est donné avec le précepte. « Vous

---

(1) A Paris, chez Waille, rue Cassette, 8.

saignerez dans les maladies aiguës, si l'affection paraît intense, si les malades sont dans la vigueur de l'âge et s'ils conservent leurs forces. » Ce précepte est bien clair et il a été suffisamment exposé, commenté par tous les médecins de l'école de Cos. La tradition de la saignée déplétive s'est néanmoins perdue. Les Arabes lui substituèrent la saignée dite révulsive dont nous avons fait notre profit, mais qui ne répondait pas aux mêmes indications. Aussi, lorsque Brissot, découragé de ses revers et de ceux de ses confrères, eut consulté l'oracle de Cos dans le texte grec et y eut puisé l'indication de la saignée déplétive dans les maladies aiguës, il sembla qu'il eût fait une découverte et la saignée déplétive est restée la base de la thérapeutique des maladies aiguës.

Il ne suffit pas, pour bien juger une question de thérapeutique, d'avoir beaucoup lu les anciens et d'avoir longtemps vu les modernes à l'œuvre ; car on ne serait encore qu'un compilateur plus ou moins savant. C'est pour cela que l'érudit J. Frank n'aura jamais la même autorité que le grand praticien Pierre Frank, qui a pourtant probablement moins lu. C'est d'après ce principe qu'un vieux praticien comme M. Gouraud, s'il a longtemps pratiqué dans les armées ou ailleurs, s'il a enseigné (notre auteur a enseigné à l'école de Tours), pourra mieux que tout autre, étant homme de jugement et de travail, jeter plus de lumière sur une question, même en se bornant à faire un mémoire, sans prétendre donner une monographie. Il lui suffira pour cela de tirer sans trop d'effort de sa pratique des faits qui concordent avec ceux que les auteurs ont donnés pour appui à leurs préceptes. C'est ce qu'a fait M. Gouraud ; son travail est entremêlé d'observations et de commentaires, et, pour éviter à l'esprit un travail trop abstrait, il fait presque toujours précéder le précepte par l'exemple.

Cette seconde édition de son travail est augmentée d'une sorte d'appendice sur la méthode de l'émétique à haute dose comme méthode auxiliaire ou supplémentaire de la saignée. Sur trois observations, il en cite deux d'insuccès. En somme, il ne voit pas d'un bon œil la méthode rasorienne. Les vieux praticiens n'aiment généralement pas les innovations, et l'on est jusqu'à un certain point autorisé à n'avoir pas tout-à-fait la même déférence pour leur opinion en ce qui concerne ce qu'ils n'ont pas mis tout le temps de leur vie à juger. On peut admettre, toutefois, avec l'auteur, qu'il serait imprudent dans un cas grave de renvoyer un vieux et fidèle serviteur qui a fait ses preuves, pour un nouveau qui n'offrirait que de bons certificats.

En insistant ainsi sur la seconde édition du mémoire de M. Gouraud, nous avons eu moins pour but de faire connaître son ouvrage, que la plupart de nos lecteurs ont été à même de juger en grande partie par eux-mêmes, que de faire ressortir à son occasion l'importance d'adopter, pour faire avancer la science, une méthode tout autre que celle que l'on suit aujourd'hui. L'aphorisme *Ars tota in observationibus* n'est vrai que pour l'art conçu d'une manière abstraite ; mais l'art qu'il importe à chaque médecin d'acquérir ne peut être acquis ni par l'observation seule de ses œuvres, encore moins de celles des autres, ni dans la lecture seule des auteurs. Les malades et les livres, voilà la base de notre avancement individuel, et plus tard de celui des autres.

Irons-nous, en terminant, nous faire les zoïles d'un vétéran qui nous instruit, faire ressortir impitoyablement les imperfections inhérentes à toute œuvre humaine, dire ce qu'il y a d'incomplet dans son travail, dans ses conclusions trop raccourcies peut-être ? Quelques-uns pourraient y voir matière à représailles ; car, dans son style tant soit peu sarcastique, l'auteur ne cherche pas toujours à plaire à la jeunesse. Mais nous sommes des écoliers assez grands pour savoir accepter à la fois le précepte et le sarcasme qui l'assaisonne d'ordinaire, lorsque le maître a longtemps vu et est arrivé à l'âge où l'on est, comme dit Horace, *laudator temporis acti*. Nous ne prétendons point d'ailleurs que M. Gouraud ait résolu la question capitale qu'il a traitée ; il l'a, selon nous, éclairée sur beaucoup de points, et il nous ramène à la vraie méthode pour l'étudier avec fruit. Que d'autres maintenant se mettent encore à l'œuvre ; il y a toujours place pour eux et pour leurs descendants. *Ars longa.*

H. E. C.

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

De la cautérisation multiple envisagée comme cure radicale des écoulements leucorrhéiques ou flueurs blanches ; par le docteur Francis DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Il ne s'agit dans cet article, l'auteur lui-même nous en avertit, que des *écoulements vaginaux* proprement dits, entretenus soit par des granulations du col de l'utérus, soit par une affection ancienne de la muqueuse vaginale. Tout le monde sait que les écoulements leucorrhéiques une fois passés à l'état constitutionnel résistent souvent aux plus sages prescriptions de la thérapeutique et de l'hygiène. C'est qu'il existe alors une lésion profonde de la muqueuse vaginale, une hypertrophie de son tissu et surtout de ses follicules. On aperçoit çà et là dans le vagin des plaques d'une couleur rouge livide, quelquefois un peu bleuâtre, auxquelles adhère un mucus épais ; les cryptes muqueux forment de véritables lacunes très apparentes. Cette altération doit elle-même son origine tantôt à des causes locales, tantôt à des causes générales. Dans le premier cas, les flueurs blanches devenues

constitutionnelles ont succédé ou à une blennorrhagie, ou à des granulations du col utérin, ou à une cause purement mécanique, telle que la présence d'un pessaire, l'accouchement, etc. Dans le second, on voit, chez des femmes d'un tempérament lymphatique et aptes à contracter des affections catarrhales, les écoulements vaginaux se développer sous l'influence d'une habitation malsaine, d'un refroidissement continuel, de l'irritation habituelle d'un viscère du bas-ventre. Au bout d'un certain temps, quelle qu'ait été la cause, l'écoulement entretient sur la muqueuse un état fluxionnaire qui modifie profondément la texture de cette dernière et la convertit en un vaste exutoire.

Il ne s'agit que d'appliquer dans l'espèce les règles de la pathologie générale. Lorsque l'on a affaire à une ophthalmie granuleuse ancienne, on ne perd pas son temps à faire des instillations de liquides astringents qui ne font que glisser sur la surface malade. On obtient un effet bien autrement rapide de quelques attouchements avec la pierre infernale, ou même avec la pierre de vitriol bleu. Il en est de même pour la vaginite chronique. Il faut imprimer une modification énergique au tissu malade. Or, le nitrate d'argent solide est le médicament le plus approprié dans ce cas comme dans les autres affections des muqueuses externes (1).

Quelques médecins ont cru qu'il suffisait, dans le cas de coïncidence des écoulements vaginaux chroniques avec des granulations du col utérin, de cautériser ces dernières. On parvient quelquefois ainsi, en effet, à anéantir les granulations; mais l'écoulement n'en est point modifié, et c'est un insuccès de ce genre qui a mis M. Devay sur la voie de ce qu'il fallait faire. La cautérisation du vagin a pu seule guérir les flueurs blanches sans retour.

C'est à M. Ricord qu'est due l'idée de cautériser *tout le vagin* à l'aide du crayon de nitrate d'argent. Il l'a appliquée : 1° dans les blennorrhagies vaginales chroniques, lorsque l'altération de la membrane est légère; 2° dans celles où il y a altération de tissu, érosions, ulcérations; 3° à l'état aigu, soit au début, soit après un certain temps de durée. Le nitrate d'argent a bien pu, selon cet observateur, ne pas arrêter l'inflammation, mais il ne l'a jamais aggravée. En somme, les guérisons ont été plus rapides.

Notre manière d'appliquer le nitrate d'argent, dit M. Francis Devay, ne diffère de celle de M. Ricord que par sa sobriété; au lieu de cautériser toutes les surfaces qui se présentent à l'extrémité du spéculum, le praticien de Lyon ne fait que toucher légèrement, après avoir enlevé préalablement les mucosités, quelques parties de la rosace formée par la saillie de la muqueuse vaginale. On doit cautériser ordinairement en une dizaine de points et choisir de préférence ceux où se remarquent soit des rougeurs, soit des lacunes très prononcées. Jamais ce procédé opératoire n'a causé de douleurs ni d'accidents inflammatoires consécutifs. D'après les observations citées par M. Devay, la durée moyenne du traitement a été d'un mois à six semaines, en pratiquant une cautérisation tous les cinq à six jours. Les seules injections prescrites étaient l'eau froide ou simplement aiguisée avec un peu d'acétate de plomb.

M. le docteur Barriez, qui dans le même temps appliquait ce mode de traitement dans son service de l'Hôtel-Dieu de Lyon, est parvenu à supprimer par ce moyen, en très peu de temps, des écoulements vaginaux de nature blennorrhagique (1). (*N° du 28 juin* 1845.)

Mémoire sur la bronchite capillaire et sur son traitement par l'émétique à doses réfractées; par M. H. Chambert, chirurgien élève à l'hôpital du Val-de-Grâce. — Ce travail est fondé sur l'observation de vingt-six cas qui se sont présentés du 1er janvier au 3 juin de cette année dans le service de M. le professeur Lévy et auxquels ce médecin a appliqué une méthode uniforme de traitement et de diététique. L'auteur du mémoire en consacre la première partie à l'analyse d'une douzaine de faits; la seconde contient *ex professo* une histoire abrégée de la bronchite capillaire ou profonde. Nous ne parlerons ici que du traitement particulier employé par le médecin du Val-de-Grâce.

Laennec avait déjà constaté l'inefficacité à peu près générale des saignées dans la bronchite capillaire; aussi les employait-il rarement. On avait plus de succès en combinant l'émétique avec les saignées; encore remarquait-on que les convalescences étaient moins longues lorsqu'on s'en tenait à l'émétique tout seul.

M. Michel Lévy, partant de l'idée que dans la bronchite capillaire le fait dominant est moins la phlegmasie en elle-même que l'obstruction des bronches par les mucosités, a pensé que le meilleur moyen de se débarrasser de ces dernières était l'emploi de l'émétique à dose nauséeuse aidé d'une alimentation pro-

(1) Il en serait vraisemblablement de même pour le catarrhe de vessie, s'il était facile d'appliquer le crayon de nitrate d'argent dans les divers points de sa surface. Cette seule considération nous suffirait *à priori* (indépendamment des faits publiés par M. Debeney dans notre numéro d'avril dernier) pour incliner à n'être pas trop timide dans le dosage du nitrate d'argent des injections caustiques. N. D. R.

(1) On trouvera dans notre n° de septembre 1837 (5e année, 1er sem., p. 114) un article sur le même sujet, extrait d'un journal anglais, dans lequel le docteur Hannay rapporte qu'après avoir épuisé divers moyens thérapeutiques contre la gonorrhée des femmes, il a obtenu les succès les plus brillants et les plus constants par la cautérisation au nitrate d'argent fondu. Il assurait avoir ainsi traité plus de 300 cas, sur lesquels 280 avaient guéri après une seule application. N. D. R.

gressive. Il a donc donné le tartre stibié à la dose de 5 centigrammes; rarement il allait jusqu'à 1 décigramme; le plus souvent il le donnait seul; quelquefois il l'associait avec l'ipécacuanha. Quant au régime, le malade avait du deuxième au quatrième jour le quart de portion, la demi vers le huitième jour. L'action de l'émétique était favorisée à l'aide de loochs et de boissons gommeuses et adoucissantes. Cette médication a eu pour effet constant de diminuer d'une manière notable la douleur thoracique ainsi que la dyspnée; aux râles secs, sonores et sibilants succédaient des râles plus gros et plus humides; l'expectoration devenait plus abondante et moins visqueuse, le pouls était moins fréquent et moins dur —A la deuxième période, le tartre stibié était remplacé avantageusement par le kermès administré à la même dose dans un looch. Il le continue jusqu'à ce qu'il n'existe plus que de gros râles muqueux sans mouvement fébrile.

(*Nos du* 5 *et du* 12 *juillet.*)

JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

Du sulfate de quinine dans le traitement de l'épilepsie, avec cette épigraphe: Melius est anceps remedium quàm nullum; par M. le docteur LOWET.—Assistant en 1836 aux leçon cliniques de M. Piorry, l'auteur vit employer pour la première fois le sulfate de quinine à haute dose chez une jeune fille épileptique; l'amélioration notable obtenue dans ce cas, et d'autres succès que ce professeur cita, déterminèrent M. Lowet à essayer ce médicament. Les résultats qu'il a obtenus en insistant sur l'usage du même médicament pendant un espace de temps indéterminé, mais en général assez long, lui paraissent assez satisfaisants pour qu'il croie pouvoir dès à présent appeler l'attention de ses confrères sur ce point délicat de thérapeutique. Suivent cinq observations détaillées que nous regrettons de ne pouvoir rapporter, dans lesquelles nous voyons que les doses du sulfate de quinine ont été, pour une journée, de 10 à 24 grains à prendre en trois doses. Somme toute, dit l'auteur en terminant, sept épileptiques ont été traités par le sulfate de quinine à haute dose: trois parmi ceux-ci lui paraissent devoir leur guérison à cette méthode de traitement; chez trois autres, la guérison n'a été que momentanée; chez le septième, aucun effet curatif appréciable n'a été obtenu.

(*N° de juin* 1845.)

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE.

Spermatorrhée traitée avec succès par l'ergot de seigle associé au camphre; par M. ROBERT, chirurgien à l'hôpital Beaujon.

OBS. —Un jeune homme de vingt-cinq à trente ans, d'une bonne constitution originelle, était arrivé à un état effrayant de marasme par suite de pollutions nocturnes involontaires datant de quatre mois. Il éprouvait jusqu'à cinq ou six pertes par nuit. L'appétit était diminué; l'intelligence s'abrutissait. La peau était sèche, la pâleur était terreuse, le visage terne; l'ensemble du corps présentait une sorte d'atrophie séniliforme; le pouls était chlorotique, petit, cordé, saccadé, comme érectile. Ce jeune homme avoue que son mal s'est déclaré à la suite d'excès solitaires. Il s'était fait traiter en ville sans succès. M. Robert avait également employé, sans bénéfice, divers moyens, entre autres la cautérisation, tant recommandée par M. Lallemand. M. Rognetta pria à cette occasion M. Robert d'essayer le seigle ergoté associé au camphre, comme remèdes hyposthénisants à action électrique vers l'appareil génital; car, selon lui, bien que la faiblesse fût extrême, il n'en existait pas moins un état congestionnel vers cet appareil. Des pilules furent ainsi formulées:

Pr. Seigle ergoté en poudre, de bonne qualité, 10 centigrammes.
Camphre pulvérisé, 5
M. Pour une pilule.

Préparez vingt pilules d'après cette formule, à prendre une le matin et une le soir.

Peu de jours après l'usage de ces pilules, les pollutions ont complètement cessé, le malade a pris des forces, de l'embonpoint, de la couleur, de l'énergie morale et intellectuelle. On a également continué à cautériser, comme par le passé, une fois tous les douze ou quinze jours. L'effet des pilules a toutefois été des plus incontestables, car le malade a fait remarquer que, dès qu'il cessait leur usage, les pollutions reparaissaient, et aujourd'hui encore, après sa sortie de l'hôpital, il est obligé, pour consolider la cure, d'insister sur le même moyen, mais à plus faible dose.

M. Rognetta rappelle, à cette occasion, qu'il avait déjà guéri lui-même un cas pareil par le même moyen, sans la cautérisation, sur un jeune homme marié depuis un an, et réduit à une sorte de désespoir par suite de pollutions involontaires.

(*N° de juillet* 1845.)

Nouveau caustique formé d'un mélange de safran et d'acide sulfurique. — M. VELPEAU s'est livré dernièrement à une série d'expériences sur l'action des différents caustiques potentiels; il s'est arrêté, en définitive, à l'acide sulfurique solidifié à l'aide du safran. Le safran s'incorpore aisément à l'acide en quantité suffisante pour faire une pâte de consistance de cérat un peu ferme, d'un beau noir, qui rappelle l'encre de Chine ou plutôt le cirage dont se servent certains bottiers. Cette pâte est mise dans un petit pot de faïence. On n'en prépare que pour les besoins du moment, car elle ne pourrait servir longtemps, l'acide sulfurique attirant l'humidité de l'air. Le chirurgien en étale sur la partie malade une couche épaisse de deux à quatre millimètres; il en circonscrit les limites, en arrondit les bords et la laisse exposée à l'air jusqu'à

ce qu'elle forme une croûte sèche que l'on recouvre d'une compresse et d'une bande. Cette couche dure, sonnant comme du charbon, parfaitement sèche, ne porte pas son effet hors des limites de l'application, et produit une eschare d'une profondeur égale à l'épaisseur de la couche.

Chez un sujet où l'application avait été restreinte, l'eschare s'est détachée du huitième au dixième jour. Chez un autre malade sur lequel on avait appliqué plus de 100 grammes de cette pommade caustique, il ne s'est pas manifesté le moindre phénomène de résorption. Le caustique a enlevé entièrement l'odeur repoussante que le cancer avait exhalée jusque-là, et l'a remplacée par une autre odeur particulière aisément supportable, que certaines personnes même ont été jusqu'à trouver agréable. Cette odeur est d'ailleurs bien préférable à celle du chlore, et peut-être pourrait-on se servir utilement de la même pommade pour étouffer l'odeur de la gangrène. En effet, l'acide sulfurique prévient le dégagement des gaz fétides, tandis que le chlore que l'on dégage en leur présence ne fait que les masquer, indépendamment de l'altération que le chlore exerce sur l'atmosphère.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Rapport du docteur MARTIN *à la Société de médecine de Nîmes sur les ouvrages offerts à cette Société par le docteur* BERTINI, de Turin.

Nous passons sous silence quelques détails statistiques qui ne sont pas sans intérêt, pour arriver à une autre partie de cet opuscule qui en offre bien davantage, celle dans laquelle l'auteur rend compte des effets par lui obtenus d'un certain nombre de médicaments, et des méthodes curatives qu'il a employées dans le traitement de certaines maladies.

Acétate de morphine. — L'auteur se loue beaucoup de l'emploi d'une pommade faite avec 10, 15 ou 20 centigrammes d'acétate de morphine pour 32 grammes de saindoux, dans quelques rhumatismes très douloureux, comme aussi dans plusieurs sciatiques opiniâtres.

Acupuncture.—L'auteur n'a jamais eu à s'en louer et l'a abandonnée. Il croit néanmoins devoir dire que le docteur Bellingeri, son collègue, l'a appliquée avec succès dans un cas de névralgie cubitale invétérée et qui s'était montrée rebelle à tous les autres moyens de traitement.

Belladone. —Constamment efficace dans les névralgies faciales et dans un grand nombre de céphalées périodiques, après que des saignées générales et locales avaient fait cesser la congestion sanguine.

Phellandrium aquaticum. — On avait quelque temps parlé de cette plante pour le traitement de la phthisie, et puis elle est à peu près tombée dans l'oubli. L'auteur dit s'être constamment bien trouvé de l'usage des semences de phellandrium dans le traitement des catarrhes pulmonaires chroniques, pourvu qu'elles fussent de bonne qualité, bien et extemporanément pulvérisées.

Pommade d'Autenrieth. — L'auteur a souvent fait usage de cette pommade préparée selon la méthode de Stanay, laquelle consiste à unir 30 centig. de sublimé à l'onguent composé de 8 grammes de tarbre stibié pour 48 grammes de saindoux. Après la deuxième, au plus après la troisième friction faite avec cette pommade, il a toujours obtenu de nombreuses pustules qui passaient aussi plus promptement à la suppuration; il n'a jamais observé que cette addition du deuto chlorure de mercure ait produit de la salivation, non plus que la formation d'eschares sur les parties frictionnées.

Strychnine; noix vomique. —La première, administrée par la méthode endermique, a été assez efficace dans une hémiplégie succédant à l'apoplexie et dans quelques paralysies; l'usage interne de la seconde a également produit d'heureux effets dans des maladies semblables.

Acide hydrocyanique; eau distillée de laurier cerise. — M. Bertini a renoncé à leur emploi à cause de leur peu de résultat à petites doses et du danger que ces agents présentent pour peu que l'on force la dose. Une cause de l'infidélité de ces préparations est leur légèreté spécifique, qui les fait surnager au-dessus du véhicule; et il peut arriver que si, par oubli ou par négligence, on n'agite pas fortement le remède, on donnera en une seule fois la dose qui devait être prise en plusieurs, et l'on causera ainsi des accidents funestes.

Extrait d'aconit. — L'auteur en a souvent prescrit l'usage avec succès dans un grand nombre de phlegmasies chroniques des poumons, accompagnées de crachats puriformes; il a également bien réussi dans diverses affections rhumatismales et arthritiques invétérées, dont quelques-unes donnaient lieu de soupçonner la présence du virus syphilitique. Quelquefois il a associé cet extrait, et toujours avec avantage, aux préparations antimoniales. Commençant par 10 ou 15 centigr. dans les vingt-quatre heures, il a souvent élevé graduellement la dose jusqu'à 2 et même 4 grammes, sans observer aucun trouble dans l'économie. Les mécomptes que l'on a quelquefois éprouvés dans l'emploi de l'aconit napel tiennent, suivant l'auteur, à ce qu'il n'était pas convenablement préparé. On sait, dit-il, que l'aconit qui croît sur les sites montueux est plus actif que celui que l'on cultive dans les jardins. L'extrait doit être retiré des feuilles récentes de la plante. Au bout d'un an il devient inerte; celui que l'on obtient à grand feu est dans le même cas. L'extrait alcoolique est bien plus efficace que l'extrait aqueux.

Quinine brute. — L'auteur en a fait usage

ainsi que plusieurs médecins ses compatriotes. Il la prescrivait avec avantage durant les intervalles et dans l'imminence des accès, à la dose de 50, 75 centigr., et même à 1 gramme. Ce résidu des différentes préparations que l'on a fait subir au quinquina pour en extraire les sels de quinine n'occasione aucun des accidents que produit souvent le sulfate. Le docteur Bertini a aussi constaté son efficacité dans un grand nombre de fièvres larvées, ainsi que dans les récidives contre lesquelles les sels de quinine, au bout d'un long emploi, s'étaient montrés impuissants. Il a observé, en outre, que les fièvres guéries par cet extrait étaient, dans beaucoup de cas, moins sujettes à revenir. Un dernier argument qu'il invoque en faveur de la quinine brute est son bas prix comparativement au prix élevé du sulfate de quinine.

Salicine; *ilicine*. — Le premier de ces alcalis végétaux s'est constamment montré inerte; il n'en est pas de même du second, qui, sans avoir l'efficacité du quinquina, paraît néanmoins pouvoir lui être substitué avec avantage dans certains cas de fièvre légitime et simple, surtout chez les sujets irritables.

Sulfate de quinine. — Sauf les cas de fièvre pernicieuse, l'auteur pense qu'il y a avantage à le donner à petite dose dans l'imminence de l'accès. Cette méthode, qui a rarement trompé ses espérances, est plus économique et moins incommode pour le malade que celle qui est généralement employée. Elle est d'ailleurs depuis longtemps le plus ordinairement employée en Espagne.

Sous-nitrate de bismuth. — Ce médicament est loin d'être inconnu aux médecins français; mais comme il n'est peut-être pas assez connu et apprécié, disons-le, l'auteur l'a administré dans un grand nombre de névralgies de l'estomac, affectant des formes variées, à la dose d'abord de 5 centigr., puis de 10, 15 et 20, unis à 20 centigr. de magnésie calcinée, trois ou quatre fois par jour. Dans la majeure partie des cas, il en obtient une cessation complète de la maladie. Dans ceux même où les nausées, les vomissements et les douleurs reconnaissaient pour cause une affection organique, il est toujours parvenu néanmoins à calmer le mal et à procurer un repos temporaire.

Ergot de seigle. — L'auteur lui accorde beaucoup d'efficacité dans la curation des hémoptysies actives, après toutefois que deux ou trois saignées ont modéré le raptus inflammatoire ou la congestion pulmonaire.

Limonade sulfurique. — Le docteur Bertini s'est fort bien trouvé de l'administrer dans la colique saturnine, maladie fort commune à Turin depuis quelques années, à cause du grand nombre d'ouvriers qui manient les préparations de plomb. L'auteur assure avoir guéri bon nombre de coliques de plomb à l'aide de ce seul moyen.

(*Juin* 1845.)

Revue des journaux allemands.

WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

De l'alcool en fomentations contre la phthisie pulmonaire. — Le docteur BENNEWITZ, de Berlin, a essayé l'emploi de la méthode récemment préconisée par M. Marshall-Hall comme un excellent moyen palliatif, quelquefois même curatif de la phthisie pulmonaire (1). Les résultats auxquels il est arrivé sur un nombre limité de cas sont assez satisfaisants pour qu'il croie devoir appeler l'attention de ses confrères d'Allemagne sur cette nouvelle méthode.

M. Bennewitz a constaté, comme l'auteur anglais, d'après ses propres observations, que si les fomentations alcooliques ne constituent pas un remède spécifique et sur la vertu curative duquel il faille toujours compter, dans tous les cas du moins elles ont procuré un soulagement aux souffrances des malheureux phthisiques, et que dans *plusieurs* autres cas elles ont incontestablement contribué à la guérison qui s'est opérée. Et, à-propos de ce mot de *guérison*, l'auteur croit devoir le justifier par l'autorité de Laënnec et celle de divers autres auteurs qui ont publié plus récemment des travaux sur ce point. Il rapporte les théories qui ont été tout récemment données sur les modes de guérison de la phthisie. Il donne également une explication, à son point de vue, du mode d'action des fomentations alcooliques. Nous pensons que les faits ne sont pas encore assez nombreux pour qu'on puisse se former une opinion sur ce sujet, et mieux vaut travailler à multiplier les faits qu'à les expliquer.

M. Marshall-Hall croit que tous les remèdes sont inutiles contre la phthisie et n'a confiance que dans sa méthode. M. Bennewitz ne partage pas son opinion en cela, et nous croyons qu'il a raison. Il est deux agents thérapeutiques surtout qu'il ne manque jamais d'employer, l'huile de baleine et le sulfate de quinine. Le premier lui paraît être particulièrement indiqué dans la première période de phthisie, alors que l'on n'a souvent affaire qu'à des tubercules disséminés et encore susceptibles de disparaître. Le second trouve son indication à une époque plus avancée de la phthisie, lorsqu'il y a ramollissement des tubercules. — Ses observations n'ont pas été assez exactement prises pour qu'il puisse les publier; toutefois, il se croit en mesure d'assurer que chaque fois qu'il a employé la méthode de M. Marshall-Hall il a vu une amélioration rapide qui ne pouvait être rapportée

(1) Voy. notre n° d'avril dernier; nous y avons donné le mode d'emploi de ces fomentations.

qu'à cette dernière. Et, afin qu'on ne pense pas qu'il ait pu faire honneur à ce nouveau traitement de la guérison de simples catarrhes pulmonaires, il prend soin de nous assurer que dans tous les cas où il l'a employé il y avait de la pectoriloquie, de la fièvre, de l'amaigrissement, des crachements de sang et des sueurs matinales, tous signes caractéristiques de la phthisie confirmée.

(*N° du 14 juin* 1845.)

ANNALEN DER CHEMIE UND PHARMACIE.

Sur la présence d'une grande quantité d'acide hippurique dans l'urine humaine; par M. PETTENKOFER. — M. Liebig a dans ces derniers temps publié un mémoire sur la constitution de l'urine qui jette quelque jour sur l'observation qu'on va lire, laquelle à son tour vient corroborer les idées du savant professeur de Giessen. Dans ce travail, il démontrait que l'urine de tout homme dont la nourriture est mixte contient de l'acide hippurique, ordinairement en quantité à peu près égale à celle de l'acide urique, et que les proportions des sels de l'urine sont généralement en rapport avec la quantité des sels contenus dans les matières qui ont servi à l'alimentation.

L'urine en question, dans le cas de M. Pettenkofer, était celle d'une jeune fille de treize ans affectée de chorée. Elle était d'un jaune de vin clair; légèrement acide aussitôt après l'émission, elle devenait alcaline en très peu de temps, et laissait déposer des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. L'auteur fut étonné en versant de l'acide nitrique concentré sur le produit de l'évaporation de la dissolution alcoolique, préparée dans le but de provoquer l'urée, de voir apparaître, au lieu de la cristallisation ordinaire et en lames du nitrate d'urée, une grande quantité d'aiguilles fines, colorées en jaune brunâtre. Ces aiguilles présentaient au microscope la forme de prismes hexaèdres réguliers, très beaux, parsemés çà et là de plaques qui avaient la forme cristalline bien connue du nitrate d'urée. Ces aiguilles, lavées avec un peu d'eau froide, exprimées entre des feuilles de papier non collé et séchées, fondaient lorsqu'on les chauffait modérément sur une feuille de platine, et se volatilisaient sans résidu. La fumée répandait l'odeur du benjoin.

Il n'y a pas de doute pour l'auteur que cette urine ne dût contenir une grande quantité d'acide hippurique combiné avec de la potasse ou de la soude, et que cet acide n'eût été séparé par l'acide nitrique et transformé par un excès de ce dernier acide concentré en acide benzoïque. M. Pettenkofer évapora alors la dissolution alcoolique de cette urine, la mélangea avec de l'acide chorhydrique, et, après l'avoir abandonnée quelque temps au repos, il vit se déposer les aiguilles prismatiques et des tétraèdres d'acide hippurique.

L'analyse de la cendre de cette urine a fait voir une grande ressemblance avec la composition de la cendre fournie par l'urine des herbivores. 100 parties de cette cendre ont donné 30 pour cent de carbonate de soude, tandis que la cendre ordinaire de l'homme contient 5 à 6 pour cent de carbonates alcalins.

L'auteur pense que l'influence de l'affection nerveuse n'a été pour rien dans la constitution de l'urine chez la jeune fille en question. Il croit plutôt trouver la solution du problème dans la nourriture exclusivement végétale dont cette malade faisait usage. A mesure que l'affection se dissipait, elle reprenait insensiblement notre nourriture habituelle; alors aussi cette grande quantité d'acide hippurique a disparu de son urine, qui a fini par recouvrer sa constitution ordinaire (*vol.* II, *chap.* I, *p.* 86).

ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Recherches sur la périodicité; par le docteur SCHWEIG.—Dans une première partie de son travail, l'auteur étudie la périodicité de la menstruation; dans la seconde, il parle de la périodicité qu'il a observée dans les attaques d'un individu atteint d'épilepsie.

D'après les recherches que M. Schweig a poursuivies chez un grand nombre de femmes dont il a noté avec le plus grand soin les époques menstruelles, il est arrivé à établir comme fait d'observation que la périodicité de la menstruation correspond, non pas, comme on l'admet généralement, aux phases de la lune qui sont de vingt-neuf jours et demi, bien moins encore aux mois du calendrier, comme le croyait Désormeaux, mais aux nœuds de la lune. On appelle nœuds de la lune le temps que celle-ci met à revenir au même point de son orbite, c'est-à-dire vingt-sept jours. Ainsi, sur 242 cas, la menstruation est revenue 187 fois avec les nœuds de la lune et elle s'est répétée dans cet ordre quatorze fois de suite sur la même personne. Chez le reste, qui constitue à peu près le quart des femmes observées, le retour de la menstruation ne dépassait pas la moitié d'une période anomalistique. Il y a autant de menstruation pendant le temps que la lune met à s'approcher de la terre que pendant celui qu'elle met à s'en éloigner.

Dans son second article, M. Schweig rend compte d'un grand nombre d'accès qu'il a observés chez un épileptique et il arrive aussi à ce résultat que la périodicité de ces accès s'accorde également avec les périodes anomalistiques de la lune. Pour expliquer toutes ces coïncidences, l'auteur suppose l'existence d'un système particulier d'ondulations tenant le milieu entre la lumière et le son, lequel agirait sur quelque partie de notre organisme comme la lumière et le son agissent sur nos sens.

(2e *cahier de* 1845.)

MEDICINISCHE CORRESPONDENZ BLATT.

Oesophagotomie; par le docteur MARTINI, de Saulgau.—Un homme fort et robuste, âgé de 34 ans, avala, le 19 février 1844, un os du volume d'une noix en voulant parler pendant

qu'il le rongeait; l'os s'arrêta dans l'œsophage et occasiona de violents accidents de suffocation. Deux saignées, des tentatives nombreuses pour extraire le corps étranger ou le pousser dans l'estomac, des lavements de belladone furent employés inutilement. Le malade ne pouvait avaler une goutte d'eau et refusa l'opération de l'œsophagotomie; il fit ensuite lui-même des efforts pour pousser l'os dans l'estomac en introduisant au moins 60 fois dans l'œsophage une corde neuve, durcie dans l'eau et effilée au bout; il injecta aussi, le 21 et le 22, sans succès, de l'huile dans l'œsophage.

Le 23, il demanda à être opéré. Avant d'y procéder, on fit à huit heures du matin de nouvelles tentatives pour déplacer le corps étranger; puis on injecta un grain d'émétique dans une veine. Une heure après, de violents efforts de vomissement accompagnés de danger de suffocation firent rejeter 24 onces de liquide contenant beaucoup de bile. Pour calmer les vomissements et les suffocations qui menacèrent de compromettre bientôt la vie, on donna des lavements avec du vinaigre et de la teinture d'opium.

A quatre heures du soir, les vomissements ayant cessé, on fit l'opération en incisant un peu au-dessus de la clavicule où l'os avalé faisait saillie; puis on souleva l'œsophage avec une sonde introduite par la bouche et qui perfora les parois du canal alimentaire gangrené; la plaie fut agrandie par un bistouri boutonné; immédiatement après le malade fit un effort pour avaler et s'écria : L'os est descendu dans l'estomac; il en était en effet ainsi; tous les accidents de suffocation avaient disparu; la plaie fut fermée avec des bandelettes agglutinatives couvertes de fomentations froides.

Le 24 au soir, l'opéré eut de la fièvre; les extrémités se refroidirent, et il mourut le 26 à six heures du matin.

A l'autopsie, on trouva l'œsophage gangrené; la plaie plus grande qu'elle n'avait été faite avec le bistouri; l'extrémité inférieure de l'œsophage, l'estomac et le duodénum enflammés. L'os, du volume d'une noix et assez rond, se trouvait déjà dans le rectum.

De l'emploi des vésicatoires dans les maladies aiguës du cerveau; par le docteur TRITSCHLER, à Canstatt. — Le vésicatoire, dont on fait un si fréquent usage, et qu'on applique sur toutes les parties du corps, n'est pourtant jamais placé sur le front, endroit cependant le plus convenable dans les affections aiguës du cerveau, d'après le dire de M. Tritschler. Il couvre tout le front, et même la racine du nez, d'un emplâtre vésicatoire; ordinairement il arrive, outre une forte suppuration, un abondant écoulement de mucus par le nez. L'auteur s'étonne que la céphalalgie frontale, qui est pourtant la plus fréquente, n'ait pas décidé plus tôt les médecins à préférer le front à toute autre partie pour y appliquer des vésicatoires. S'ils ne l'ont pas fait, c'est qu'ils n'ont pas voulu défigurer leurs malades.

L'auteur est dans l'erreur en prétendant qu'on n'applique jamais le vésicatoire sur le front, au moins en ce qui concerne notre pays. Nous connaissons des médecins des hôpitaux de Paris qui les emploient avec succès contre les symptômes cérébraux des fièvres graves, et nous en avons même plusieurs cas sous les yeux. D'ailleurs, l'application d'un seul vésicatoire volant ne suffirait pas pour défigurer un malade.

(*Ibid.*)

Revue des journaux italiens.

ANNALI UNIVERSALI DI MIDICINA.

De l'achilléine dans les fièvres intermittentes; par le docteur L. PUPPI, chirurgien de délégation. — Avant la découverte du quinquina, on combattait les fièvres intermittentes par les remèdes que l'on pouvait se procurer dans les lieux où l'on se trouvait, et ces médicaments croissaient le plus souvent dans les environs. C'est ainsi que depuis un temps immémorial les paysans des environs de Bellune traitent avec assez de succès leurs fièvres de marais par la décoction concentrée de millefeuille (*achillæa millefolium*). Instruit de ce fait, un chimiste, M. Zanon, y trouva en 1843 un principe nouveau auquel il donna le nom d'achilléine, quoique ce ne fût pas un alcali. Pour l'obtenir, on fait une décoction concentrée de millefeuille, on sature avec de l'hydrate de chaux l'acide libre qui s'y trouve et l'on précipite la matière colorante au moyen du charbon animal. On filtre et on traite l'extrait par l'alcool anhydre bouillant. On réunit les liquides alcooliques dans un alambic en y ajoutant un peu d'eau et on distille à sec. Le résidu qu'on trouve au fond du vase est l'achilléine. Elle se présente sous la forme d'une masse extractive, d'un jaune brunâtre, d'une saveur amère sans arrière-goût désagréable, d'une odeur particulière, attirant l'humidité de l'air, entièrement soluble dans l'alcool bouillant, insoluble dans l'éther sulfurique, à moins qu'on n'y ajoute quelques gouttes d'acide achilléique. L'achilléine est soluble dans l'eau.

Substituant au rôle de chimiste celui de médecin, M. Puppi a fait des expériences physiologiques et thérapeutiques sur ce nouveau produit. Il a fait les premières sur lui même. Six grains pris le matin, alors que le pouls était à 72, donnèrent lieu, deux heures après, à un sentiment de froid, de pesanteur et d'oppression à la région précordiale. Le pouls ne changea pas; mais après le repas suivant il survint à la region précordiale une douleur aiguë qui dura deux jours. La solution n'offrit pas les mêmes inconvénients; 24 grains d'achilléine pris en solution ne firent que stimuler les forces musculaires et celles de l'esto-

mac. Une autre fois, 28 grains produisirent de la mollesse dans le pouls et de l'irrégularité dans la systole. 90 grains donnèrent lieu au même résultat et développèrent un sentiment de pesanteur de l'estomac.

M. Puppi rapporte en détail neuf observations dans lesquelles il a employé l'achilléine avec avantage. Dans les deux premières, il s'agit de fièvres tierces, l'achilléine a consolidé la guérison déjà obtenue par le sulfate de quinine. La troisième est intitulée : Artérite lente des ivrognes ; amélioration par l'achilléine. Le malade reprit ses anciennes habitudes avant d'être entièrement guéri. Dans la quatrième observation, une cardite lente est notablement soulagée par l'achilléine ; mais elle n'est complètement guérie que par l'usage du prussiate de fer et du tannin. L'auteur conclut de ces deux derniers cas que l'achilléine n'avait qu'une influence restreinte sur les maladies à type continu, et il reprit ses expériences sur celles à type intermittent. Dans l'observation cinq, elle lui a procuré la guérison d'une hépato-splénite lente suivie de fièvre intermittente. Dans la septième, elle a empêché la récidive d'une fièvre tierce. La huitième observation est intitulée : Sub-gastrite guérie par l'achilléine ; le peu de détails que l'auteur donne feraient croire à une gastralgie. Dans la neuvième enfin, c'est une sub-gastrite à type tierce qui a été guérie par l'achilléine. Les doses auxquelles l'auteur prescrit cette substance varient de 25 centigrammes à un gramme en solution.

D'après ces faits, l'auteur pense que l'on pourrait utiliser l'achilléine dans certaines circonstances, particulièrement dans les pays où les fièvres sont endémiques, d'autant mieux d'ailleurs qu'elle est beaucoup moins chère que le sulfate de quinine.

(*Mars* 1845.)

Novi Commentarii Academiæ, etc. — *Nouveaux commentaires de l'Académie des sciences de l'Institut de Bologne.* Tome VI, avec des planches.

Cet ouvrage, publié en latin, renferme une série de mémoires dont quelques-uns offrent beaucoup d'intérêt. Nous mentionnerons les suivants.

De origine caloris, etc. — *Quelques considérations sur l'origine du calorique dans les eaux thermales* ; par Giuseppe Bianconi. — L'auteur commence par rappeler deux faits bien établis par les observations que l'on a faites sur les eaux thermales les plus en renom ; c'est que 1° ces eaux jaillissent d'ordinaire à travers des fissures très étroites pratiquées par la nature au travers de masses de nature calcaire ou siliceuse, aussi dures et aussi compactes que du quartz et du granit ; 2° elles sortent avec impétuosité de ces ouvertures, et leur température est puissamment élevée par un courant de gaz qui se mélange avec l'eau pendant un espace plus ou moins long et la comprime contre les parois solides des masses qu'elle traverse ; là, en effet, où le jaillissement de l'eau est le plus violent, là aussi la température est le plus élevée et le dégagement de gaz plus considérable. Maintenant, les eaux thermales parcourant des canaux pierreux parfaitement clos doivent nécessairement éprouver une pression et un frottement continuels, non-seulement contre les parois des canaux qu'elles parcourent, mais aussi entre leurs propres molécules intégrantes elle-même. Or, le frottement étant la cause immédiate du développement de la chaleur dans les corps solides, l'auteur ne voit pas pourquoi il n'en serait pas de même pour les liquides. M. Bianconi et son frère sont parvenus à résoudre ce problème au moyen d'appareils avec lesquels ils ont développé de la chaleur dans les liquides par la pression continue et leur attrition contre la superficie de parois dures. Un mouvement de rotation rapide produisit sur l'aiguille du galvanomètre une déviation de 18 à 90°, ce qui dénote une augmentation sensible de la chaleur. L'auteur convient, du reste, que ces expériences ne suffisent pas pour résoudre entièrement le problème. Il pense également que la chaleur centrale ne suffit pas pour expliquer la production de la chaleur dans les eaux thermales, et ne saurait être admise que pour celles qui avoisinent des volcans.

M Bianconi croit que la loi de la compression des liquides dans les canaux qu'ils parcourent peut s'appliquer aussi au développement de la chaleur chez les animaux, développement que beaucoup de physiologistes ont déjà attribué au mouvement circulatoire du sang dans ses vaisseaux.

De l'emploi de la ciguë contre le ténia ; par le docteur Manlucci. — Il s'agit ainsi d'une erreur, d'un empoisonnement qui a eu pour effet d'amener la guérison et de faire découvrir un nouveau moyen thérapeutique contre une maladie rebelle.

Obs. — Antonio Cisto, gardeur de vaches, âgé de 28 ans, avait des douleurs aux environs de l'ombilic et éprouvait de fréquentes convulsions. Ces accidents furent d'abord traités comme étant de nature nerveuse. Lorsque le docteur Manlucci eut vu ce malade, il reconnut une affection vermineuse aux caractères suivants : face pâle, bouffie, yeux enfoncés ; défaillances fréquentes cardialgies, vomissements, crampes, démangeaisons aux narines, flatuosités, ballonnement du ventre pendant la nuit. Les anthelmintiques ordinaires furent cependant sans effet, et ce fut tout au plus si l'on put soulager passagèrement ce malade au moyen de la valériane prise à l'intérieur, et de demi-bains de laitue et de ciguë. Un jour, le malade envoya sa fille chercher des feuilles de valériane dans un bois. Celle-ci se trompa et rapporta des feuilles de ciguë que son père mangea bouillies avec du pain. Cisto ne tarda pas à éprouver des mouvement convulsifs violents, des coliques déchirantes ; son corps se couvrit de sueurs, les yeux devinrent rutilants ; il survint des vomissements, des selles nombreuses ; la voix s'é-

teint ; en un mot, cet homme présente tous les symptômes d'un cholérique.

Du vinaigre et du café qu'on fit avaler au malade calmèrent un peu ces accidents, et quelques heures après il évacua un ver long d'une centaine de palmes et un certain nombre de fragments. Ce ver fut reconnu pour appartenir à l'espèce désignée sous le nom de *tænia armata humana*. La guérison fut rapide, et depuis elle ne s'est pas démentie.

L'auteur a encore eu occasion de faire prendre la ciguë à un enfant traité inutilement par divers moyens pour le ver solitaire, et atteint d'ailleurs d'épilepsie. Trois grains de ciguë associés à de la valériane et administrés tous les jours causèrent des douleurs intestinales. On lui donna un peu d'huile de ricin, et il évacua un ténia de dix palmes avec plusieurs fragments parmi lesquels on reconnut la tête.

(*Avril* 1845.)

Epilepsie guérie à l'occasion d'une opération de trépan. — L'observation suivante, due au docteur SPINELLI, offre de l'intérêt, quoiqu'elle ne nous paraisse pas devoir conduire à des conclusions aussi absolues que celles qu'il en tire.

OBS. — Pasquale Ferraro, âgé de quinze ans, a commencé à être atteint d'épilepsie un mois après sa naissance. Il a eu jusqu'à présent cinq attaques par an, et elles sont devenues plus fréquentes depuis l'âge de sept ans. Cet individu est remarquable, d'ailleurs, par la petitesse de sa tête relativement au reste du corps, et l'auteur croit pouvoir attribuer la cause vraisemblable de l'épilepsie à l'étroitesse du crâne. Chaque attaque, qui durait une heure, était annoncée par une douleur obtuse au sinciput et par un tiraillement douloureux aux yeux et aux oreilles.

Or, un jour, Ferraro reçut à la région occipitale un coup de pierre qui l'étendit par terre sans connaissance. Ce coup détermina, à deux travers de doigt au-dessus du point de réunion des sutures sagittales et lambdoïde, une fracture des os du crâne avec enfoncement. De là résulta une compression du cerveau, se traduisant par les symptômes ordinaires : résolution générale, extinction des sens, pupille dilatée, respiration stertoreuse, sueur froide, pouls petit, rare et intermittent, etc. On appliqua une couronne de trépan pour redresser les os fracturés. Le malade guérit, et au bout de cinquante jours il put reprendre ses occupations ; seulement on remarqua que, malgré l'application d'un bandage contentif, la partie fracturée faisait saillie en dehors par l'effet des mouvements du cerveau. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que depuis cette époque, c'est-à-dire depuis quinze mois, les attaques d'épilepsie n'ont pas reparu.

L'auteur attribue ce résultat heureux à l'élargissement de la cavité crânienne dans laquelle le cerveau se trouvait, selon lui, comprimé. D'après cela il conclut que l'étroitesse du crâne, relativement à son contenu, est une des causes les plus ordinaires de l'épilepsie. Il veut donc que, lorsqu'on aura acquis la certitude que l'épilepsie dépend d'une pression continue du cerveau, on pratique, même plusieurs fois, selon les cas, l'opération du trépan pour donner plus de développement à l'organe. Il s'appuie, pour conseiller cette pratique, de l'autorité de Sanctorius, qui dit que le corps humain s'accroît sans cause connue à certaines époque de chaque mois, puis diminue ensuite de poids alternativement. (*Ibid.*)

Revue des journaux anglais.

LONDON AND EDINBURGH MONTHLY JOURNA OF MEDICAL SCIENCES.

Emploi de l'ipécacuanha en pommade comme révulsif. Le docteur CORMACK a exposé à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg le résultat de ses expériences sur l'ipécacuanha, employé comme contre-stimulant en pommade d'après la recommandation du docteur Hannay de Glasgow. L'auteur l'a expérimenté chez beaucoup de malades ; chez dix malades sur douze, il n'y a point eu d'éruption quoiqu'on employât jusqu'à une demi-once d'ipécacuanha pour une once d'axonge. Cette pommade n'a produit d'éruption que chez les individus à peau fine, ou lorsqu'on en faisait l'essai sur des points où avaient déjà été appliqués des vésicatoires. Dans trois cas, l'éruption a été vésiculaire. Chez les personnes dont la peau était rebelle à la pommade d'ipécacuanha, il suffisait pourtant de deux ou trois frictions avec un liniment composé de parties égales d'huile d'olive et d'huile de croton pour provoquer l'apparition de pustules. Le docteur Cormack pense qu'il y a beaucoup de poudres végétales qui produiraient un effet plus marqué que celle d'ipécacuanha. Cependant, malgré cette faible action de la pommade d'ipécacuanha, l'auteur en a retiré de bons effets ainsi que les docteurs Handyside et Douglas-Maclagan.

Du bronchocèle.—Le docteur B.-R. MORRIS appelle l'attention des praticiens sur le rhumatisme qu'il considère comme une cause occasionelle du goître. Il rapporte trois cas de cette maladie à l'appui de son opinion. La guérison s'est opérée dans un cas au moyen de frictions faites tous les soirs avec un mélange d'un demi-gros d'iodure de potassium et d'une once de liniment de savon.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Recherches sur la goutte et sur l'emploi dans cette maladie des sels de manganèse, de l'acide acétique, de la naphthe et du silicate de potasse ; par le docteur A. URE. — Les raisonnements du médecin anglais s'appuient sur une série

de faits qui s'enchaînent les uns avec les autres, et dont nous nous bornerons à citer les principaux. C'est d'abord la présence d'une grande quantité d'acide urique dans les urines des individus en proie à une attaque de goutte, tandis qu'avant l'accès, le plus souvent l'urine ne contient pas la plus petite quantité de cet acide ; l'auteur, considérant ensuite la facilité avec laquelle l'acide urique se combine avec la soude du sang pour former un urate de soude, en conclut que plusieurs des phénomènes de la goutte se rattachent à une altération du sang par ce sel ; il rappelle également, à l'appui de cette assertion, que la gangrène sénile attaque surtout les personnes qui ont mené une vie molle et luxurieuse et qui ont souffert antérieurement de la goutte. M. Ure rappelle, d'un autre côté, un autre fait généralement admis, la diminution de l'action sécrétoire du foie dans le cas où l'acide urique est en excès dans l'économie, et la nécessité où l'on est de stimuler l'action du foie par des moyens appropriés. Or, pour remplir cette indication, l'auteur s'est trouvé amené à essayer le sulfate de manganèse, sel neutre qui peut fort bien être considéré comme ayant une action spéciale sur le foie puisqu'il existe à l'état de proto-carbonate dans les eaux de Marienbad, de Carlsbad et autres eaux minérales de l'Allemagne si chères aux goutteux.

Gmelin a constaté le premier que les sels de manganèse injectés dans les vaisseaux sanguins augmentent tellement la sécrétion biliaire que les intestins et les gros vaisseaux sanguins en prennent une teinte jaune prononcée.

Le *sulfate de manganèse* a un goût amer et frais analogue à celui du sulfate de soude. Si l'on en prend le matin 4 grammes dissous dans une demi-pinte d'eau, on éprouve, au bout d'une heure environ, une ou plusieurs évacuations liquides dans lesquelles on retrouve par l'analyse les principes constituants de la bile. Ce sel peut donc être regardé comme essentiellement cholalogue. Son action est rapide et passagère. L'auteur rapporte qu'un chirurgien de marine retiré se plaignit à lui d'un poids avec sensibilité dans la région du foie, avec des élancements qui s'étendaient jusque dans l'épaule droite, malaise à l'épigastre, anorexie, pesanteur de tête, coloration grise des évacuations ; cet homme ne voulait pas entendre parler des mercuriaux ; M. Ure lui conseilla de prendre quotidiennement pendant trois semaines de faibles doses de sulfate de manganèse. Au bout de ce temps, il fut complètement et pour longtemps débarrassé de ces accidents.

L'*éther acétique* a été conseillé d'abord par Sédillot, en France ; il est ensuite tombé dans l'oubli, bien à tort suivant M. Ure. Il a une action sédative qui trouve son indication dans la période la plus aiguë de la maladie ; on doit l'appliquer en frictions douces sur toute la surface malade, à la dose de 45 grammes toutes les douze heures ; il faut tenir le malade chaudement dans son lit après chaque friction.

La *naphthe de houille* est un hydro-carbone pur, presque identique tant par sa nature que par ses propriétés avec la substance connue sous le même nom et vantée dans les temps les plus anciens. Hérodote la cite comme étant utile dans la plupart des maux. Dioscoride dit d'elle : « *Podagris articulorum doloribus lethargisque prodest* » (lib. I, c. 85). Bontius, après avoir fait mention d'une « noble espèce de naphthe » apportée de Sumatra et en grand renom chez les Javanais pour ses propriétés médicinales, ajoute : « *Partibus affectis illicò miraculi instar ægros consolatur.* »

M. Ure fut conduit à essayer l'huile de naphthe de charbon purifiée dans le traitement de la goutte, sur la remarque du chef d'une grande manufacture de Birmingham où on le prépare, que les maladies articulaires étaient tout-à-fait inconnues au milieu de ses ouvriers, tandis qu'elles étaient très communes parmi ceux des autres manufacturiers de sa connaissance.

Dans les cas où la goutte est à l'état subaigu, l'auteur s'est très bien trouvé de passer simplement et de temps en temps sur l'articulation douloureuse un petit pinceau trempé dans l'huile de naphthe ; il a souvent arrêté ainsi des accès, dont les prodromes étaient graves. Appliquée ainsi localement, la naphthe détermine une sensation de chaleur accompagnée quelquefois de légers élancements. Jamais, dans les cas où il l'a employée, il n'a observé de disposition au déplacement si redouté de l'affection goutteuse.

Des six observations que rapporte l'auteur nous ne donnerons que la suivante, qui nous paraît offrir encore plus d'intérêt que les autres :

Obs. — Cosay, âgé de soixante ans, d'une constitution détériorée, se fractura le péroné, à trois ou quatre pouces au-dessus de la malléole, en descendant un escalier, le 16 février 1844. Il entra le lendemain dans le service de M. Ure, à l'institution de Gerard-Street, où l'on mit sur le membre l'appareil ordinaire. Au bout de vingt-quatre heures, il fut pris d'une vive douleur de goutte, s'étendant des orteils jusqu'aux genoux ; douleur qu'il connaissait fort bien depuis quinze années. Le chirurgien de garde prescrivit une dose de colchique qui produisit de graves accidents du côté de l'estomac, sans amender en rien l'accès de goutte. M. Ure ordonna le lendemain un léger laxatif, puis une embrocation de naphthe ; les accidents déterminés par la goutte furent aussitôt calmés. La consolidation de la fracture s'opéra très bien, et au bout de deux mois le malade reprit ses occupations.

Ce cas, dit l'auteur, est un exemple de goutte latente mise en activité par une cause externe. Maintes fois depuis, cet homme a été menacé du retour de ses anciens accès ; mais il les a constamment détournés en employant la naphthe à propos.

Éruption syphilitique cuivrée, affectant la conjonctive; par M. A. Smee. — Obs. Une respectable femme mariée vint consulter l'auteur pour un petit ulcère siégeant à l'angle des paupières. M. Smee le reconnut à son aspect pour être de nature syphilitique, et il apprit effectivement que le mari et la femme avaient été atteints de syphilis depuis deux ou trois ans. Il la soumit au traitement par le tartre stibié, nouvelle méthode que l'auteur cherchait alors à introduire dans la pratique et qui fort heureusement n'y a pas pris racine. Quoi qu'il en soit, l'ulcération guérit. La malade avait aussi en même temps de nombreuses taches cuivrées sur la peau; elle y attacha sans doute peu d'importance, car elle cessa de venir après la guérison de l'ulcère conjonctival. Mais peu de temps après elle revint dire à M. Smee que son œil recommençait à se prendre; M. Smee trouva en effet sur la conjonctive, au-dessous de la cornée, une tache un peu moins grande qu'une pièce d'un penny, paraissant constituée par une tuméfaction de la muqueuse elle-même. La surface de la conjonctive était évidemment élevée en ce point; elle offrait une teinte cuivrée analogue à celle des taches de la peau, sans être pourtant aussi foncée; il n'y avait aucun développement anormal de vaisseaux. On ne pouvait donc rapporter la teinte cuivrée à une altération de la circulation; il n'y avait plus à admettre qu'une maculation syphilitique.

Ce symptôme local ne causant aucun dérangement fonctionnel, M. Smee s'en tint à traiter l'état constitutionnel. Il commença le traitement par le tartre stibié; mais comme l'amélioration n'était pas bien rapide, il donna l'iodure de potassium à la dose de 4 grains répétés trois fois par jour. Cette médication fit disparaître la coloration morbide.

Cette observation nous paraît mériter l'attention sous le point de vue de la symptomatologie.

Revue pharmaceutique.

PHARMACEUTICAL JOURNAL.

Empoisonnement par l'acide tartrique.—On a discuté si l'acide tartrique était un poison. Pommer et M. Orfila sont pour l'affirmative, Coindet et Christison sont pour la négative. Le fait suivant donne raison aux premiers:

Obs. William Wats, étant affecté d'un rhume, se rendit, le 7 décembre 1844, chez le sieur Charles Watkins, droguiste, pour acheter 60 grammes de sel d'Epsom. Avant de l'emporter, il lui vint tout-à-coup à l'idée de demander si on pouvait le lui échanger contre quelque autre sel qui n'eût pas de saveur marquée. M. Pierre Watkins, frère et apprenti du droguiste, acquiesça à sa demande. Wats, de retour chez lui, fit dissoudre le nouveau produit qu'on venait de lui livrer et l'avala. Sa figure, quelque temps après cette ingestion, devint rouge. Il s'écria qu'il était empoisonné, puis il cessa de parler. D'autres accidents se développèrent, et Wats mourut le 16.

M. Brood, chargé d'examiner une partie du produit qui était restée dans le verre dans lequel Wats avait bu, reconnut que ce dernier avait pris de l'acide tartrique. Une enquête ayant été faite, l'élève Watkins avoua son erreur. Il l'attribua à ce que le bocal qui contenait l'acide tartrique avait été changé de place et qu'il occupait la position où se trouvait ordinairement un sel insipide. Le jury chargé de prononcer sur l'enquête rendit un verdict de non-culpabilité relativement à Pierre Watkins, faisant suivre son verdict d'une recommandation pour que les étiquettes apposées sur les flacons continssent en très grosses lettres l'indication des substances qu'ils contiennent, afin de prévenir par la suite toute chance d'erreur (1). Le chef du jury, à son tour, admonesta Charles Watkins.

(1) Un abus se commet quelquefois dans certaines pharmacies de Paris, c'est de mettre une substance dans un flacon qui porte le titre d'une autre substance et de l'y laisser indéfiniment. Ceci peut donner lieu à de graves erreurs, sinon à des empoisonnements. N. D. R.

JOURNAL DE PHARMACIE.

De la présence d'un principe arsenical dans les eaux de Hammam-Mescoutine, en Algérie; par M. O. Henry, membre de l'Académie royale de médecine, professeur-agrégé à l'École de pharmacie de Paris. — A la suite de l'expédition qui amena la prise de Constantine, M. Baudens, chirurgien en chef de l'armée, fit une excursion aux sources de Hammam-Mescoutine, dites *Bains maudits*, situées à peu de distance de l'ancienne Ghelma, et publia sur ces eaux une notice très intéressante. Parmi les substances signalées dans la composition de ces eaux minérales, on indiqua l'existence d'un principe arsenical, un arséniate à base de chaux ou de barite. Cette découverte était due à M. Tripier, pharmacien militaire.

Plus récemment, M. le docteur E. Boudet, chargé d'une mission scientifique en Algérie au sujet de la phthisie pulmonaire, eut occasion, en 1843, de visiter à son tour les eaux de Mescoutine et de rapporter quelques cruchons de ces eaux remplis par lui aux sources mêmes, en présence de M. Bégin. M. Boudet rapporte dans ses notes comment les eaux de Mescoutine, dont la température est de 95 à 96° cent., laissent déposer, en coulant à la surface du sol, des dépôts en grande parties calcaires, qui s'accumulent et donnent naissance à des cônes ou à des pyramides, dont la hauteur s'élève à douze à 15, et souvent même à 25 pieds. Les eaux de Mescoutine, sensiblement sulfureuses, sont riches en sulfates de chaux et de soude, en chlorure de sodium, en glairine avec des rudiments de conferves qui

s'organisent à l'air et renferment quelques carbonates terreux.

D'après les analyses faites sur ces eaux, il ne reste plus aucun doute sur l'existence d'un principe arsenical dans les eaux minérales chaudes de Hammam-Mescoutine. Il y est dans une proportion très minime et ne paraît pas capable de produire des effets nuisibles sur la santé des hommes et des animaux, car les habitants du pays s'y baignent, y font cuire leurs aliments, en boivent impunément, et même, malgré leur température, on voit des poissons y vivre très bien. C'est la première fois que l'on constate la présence d'un arséniate parmi les principes minéralisateurs d'une eau thermale.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 juillet.

Présidence de M. Caventou.

M. le préfet de police invite l'Académie à nommer une commission chargée d'examiner si les sangsues qui ont été appliquées sur des malades atteints d'affections contagieuses et transmissibles, préalablement dégorgées, sont dangereuses.

Une commission est nommée pour examiner cette question.

Anatomie clastique. — M. Renault lit, au nom de MM. Duméril, Blandin, Girard, Barthélemy, Bouley jeune et au sien propre, un rapport très favorable sur un modèle de cheval exécuté par M. Auzoux, d'après les procédés de l'anatomie clastique. Les conclusions du rapport sont : 1° d'adresser de nouveaux remercîments à M. Auzoux pour cette nouvelle et intéressante communication ; 2° de l'inviter d'une manière très pressante à persévérer dans l'excellente direction qu'il vient d'ouvrir à ses travaux ; 3° d'appeler sur ces préparations l'attention du gouvernement, en l'invitant à les répandre dans tous les établissements où l'on s'occupe de l'étude du cheval. (Adopté.)

Fièvre typhoïde (suite de la discussion sur la). — M. Collineau, tout en s'élevant également contre les deux propositions absolues qui ont été émises de part et d'autre sur l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus, pense néanmoins, que l'opinion de la majorité des médecins, en France, est favorable au maintien de la distinction qui a été établie entre ces deux maladies. Si la fièvre typhoïde et le typhus sont identiques, il n'y a plus alors qu'à effacer une de ces dénominations pour n'en conserver qu'une qui devra leur être commune. Quant à la transmission de la fièvre typhoïde, il la croit réelle, mais plutôt par infection que par contagion.

M. Castel cherche à prouver que la contagion qui est inhérente à certaines fièvres a son point de départ dans le virus et non pas dans l'élément fébrile. Plusieurs affections cutanées, exemptes de fièvre, sont éminemment contagieuses. C'est comme maladie éruptive que la variole est contagieuse et non comme pyrexie. Si les fièvres, même celles qui sont accompagnées d'une éruption, sont moins contagieuses que la variole, il faut l'attribuer : 1° à ce que l'infection variolique rencontre une prédisposition constitutionnelle ; 2° à ce que tous les exanthèmes n'ont pas le même degré de malignité ; ils attestent toutefois la présence d'un ferment septique, qui s'est développé dans le corps ou qui s'y est introduit. C'est par un surcroît de septicité dans ce ferment que le typhus est, non exclusivement, mais plus contagieux que les autres genres de fièvres. Il existe, d'ailleurs, entre tous, une étroite connexité sous le rapport des causes et des phénomènes. Sous le rapport des causes, la plus commune de toutes est la diminution de la contractilité ; elle est le prélude de toutes les fièvres qui ne dépendent point d'une phlegmasie locale et circonscrite. Sous le rapport des phénomènes, tels que la chaleur, la céphalalgie, l'accélération du mouvement du sang, les diverses fièvres diffèrent d'autant moins entre elles, quant aux symptômes, et quant aux lésions que l'autopsie révèle, qu'elles sont plus redoutables. Et, par exemple, entre les fièvres qui ont de la malignité, serait-il possible d'en désigner une dans laquelle ne se rencontrent jamais ni proéminence dans les follicules muqueux, ni taches rouges dans le canal intestinal, ni engorgement des glandes mésentériques? Je cherche vainement des caractères tranchés qui séparent le typhus de la prétendue typhoïde. Admettre dans l'un un principe contagieux et le contester à l'autre, c'est oublier que ces deux fièvres ne diffèrent que sous le rapport du degré d'altération dans les liqueurs animales et du plus ou moins d'intensité dans les phénomènes. En résumé, la contagion est subordonnée à la nature des émanations qui sortent d'un corps malade. Le genre de fièvre étant le même, les émanations varient suivant le lieu, la saison, le climat, et aussi selon la période à laquelle la fièvre est arrivée. L'influence des émanations sera plus ou moins active, selon l'âge, l'idiosyncrasie et les dispositions de l'individu qui les reçoit ; d'où il suit :

1° Qu'une fièvre qui n'est pas contagieuse aujourd'hui pourra devenir contagieuse demain ; 2° que, dans le cours d'une fièvre, l'élément contagieux peut naître, se développer spontanément dans le corps du malade ; 3° qu'il peut être communiqué à une partie des assistants, les autres restant sains et saufs.

La contagion suppose toujours l'infection, tandis que l'infection n'est pas toujours suivie de contagion. C'est des fièvres seulement et non des maladies en général que j'ai osé dire :

Il n'en est aucune qui soit toujours contagieuse; il n'en est aucune qui ne le soit jamais.

M. Gaultier de Claubry pense que toutes les personnes qui ont pris part à la discussion pensent à peu près comme lui, et qu'il n'a qu'à répondre à M. Rochoux. Notre collègue, dit-il, a établi une distinction fondée sur les caractères du délire qui seraient différents, suivant lui, dans le typhus et dans la fièvre typhoïde; sur les caractères de l'exanthème, sur la durée des deux maladies, et enfin sur l'anatomie pathologique. A l'égard du délire, on ne trouve rien dans les auteurs qui puisse servir de base à une opinion, car soit dans les dictionnaires, les compendium ou les traités généraux, ils se copient tous les uns les autres. J'ai dû en conséquence me borner à consulter les ouvrages cliniques, où j'ai trouvé, en faisant le relevé des observations consignées dans l'ouvrage de M. Chomel, que rien n'était moins constant que les caractères du délire dans la fièvre typhoïde. Chez un certain nombre de malades la typhomanie ne consiste qu'en un délire tranquille, en rêvasseries, tandis que chez d'autres on a constaté un délire agité, bruyant, avec efforts pour sortir du lit. J'ai consulté l'ouvrage de M. Louis, et j'ai constaté les mêmes observations. Il en résulte donc qu'on ne peut pas assigner un genre de délire particulier à la fièvre typhoïde, et qu'on ne peut par conséquent baser sur ses caractères une distinction avec le délire du typhus.

Relativement à l'éruption, les auteurs confondent souvent les taches rosées avec les pétéchies, ce qui a dû contribuer à induire M. Rochoux en erreur dans la distinction qu'il a voulu établir entre ces deux éruptions. Il est de fait que les éruptions rosées existent dans le typhus comme dans la fièvre typhoïde et que celui-ci présente souvent aussi des pétéchies comme le typhus. Dans la fièvre typhoïde il peut y avoir d'ailleurs une éruption très abondante sans que cette éruption soit en rapport avec la gravité de la maladie; elle ne constitue pas par conséquent un caractère essentiel de la maladie. Je me suis rendu tout récemment sur l'invitation de M. Rostan à l'Hôtel-Dieu où ce professeur m'a fait voir un malade typhoïde couvert d'une éruption des plus abondantes, bien que sa maladie fût des plus légères. J'ai consulté encore l'ouvrage de M. Chomel, et il résulte pour moi, du relevé qu'il a fait des taches, de leur fréquence, de leur époque d'apparition, etc., qu'elles ne diffèrent en rien des taches du typhus.

Quant aux lésions anatomiques, je reconnais avec M. Rochoux qu'on examinait peu ou pas les cadavres sous ce rapport en 1811. Mais il a été fait depuis des recherches qui ne laissent rien à désirer à cet égard, et je rappellerai l'opinion de M. Cruveilhier, que j'ai déjà cité, et qui affirme avoir ouvert de 1810 à 1814 un grand nombre de sujet morts de typhus et avoir constaté des lésions parfaitement identiques à celles qui ont été décrites depuis comme constituant les caractères anatomiques de la fièvre typhoïde. Je ne vois pas dès lors puisque les altérations sont les mêmes, que les symptômes et la marche de la maladie sont les mêmes, qu'on puisse sérieusement contester l'identité de ces deux affections.

Je ne reviendrai pas sur la question de contagion, à l'égard de laquelle je conserve les mêmes convictions; je ne pourrais que répéter ce que j'en ai déjà dit.

M. Honoré vivement : Je ne peux pas admettre la dernière proposition de M. Gaultier de Claubry. La contagion de la fièvre typhoïde n'est qu'un fait tout-à-fait exceptionnel. On ne peut pas émettre en principe que cette maladie soit contagieuse. J'attends pour l'admettre que M. Gaultier de Claubry vienne me démontrer l'existence de la contagion dans mes salles.

M. Desportes ne croit pas non plus à la contagion de la fièvre typhoïde.

Il est cinq heures, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance qui aura lieu le jeudi, au lieu du mardi, à cause des fêtes de juillet.

Associés étrangers. Le vote au scrutin secret donne le résultat suivant : M. Marshall-Hall (de Londres) a obtenu 49 suffrages, M. Arendt (de Saint-Pétersbourg) 37. Il n'y a pas eu de majorité pour le troisième.

En conséquence, MM. Marshall-Hall et Arendt sont proclamés membres associés étrangers de l'Académie.

Séance du 31 juillet.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un huitième associé étranger. M. le professeur Naegele ayant obtenu 37 suffrages sur 62 votants est proclamé membre associé.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde. Mais personne ne demandant la parole, la clôture est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins deux voix.

Inoculation du typhus épizootique.—M. Pariset lit, au nom de M. André, de Vienne, un travail sur le typhus du gros bétail et sur l'inoculation comme moyen d'en arrêter les effets pernicieux. Pendant le cours d'une des grandes épizooties de typhus qui ont récemment sévi en Allemagne, l'auteur, se fondant sur l'analogie du typhus avec la petite vérole, a pratiqué des inoculations sur des animaux sains avec la salive d'animaux atteints du typhus. Il a ainsi déterminé à volonté des phénomènes morbides analogues, mais d'une bénignité telle que, sur un grand nombre d'animaux inoculés, il n'en est mort qu'un seul. L'inoculation faite sur des animaux déjà atteints du typhus est restée sans effet. En résumé, l'auteur a observé les plus grands rapports entre les phénomènes déterminés par l'inoculation du typhus et ceux qui suivent l'inoculation de la variole.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rayer, Bouley et Renault.

M. GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, lit un travail sur les classifications des maladies de la peau.

M. FUSTER lit un travail intitulé : *Coup d'œil sur les grandes révolutions du climat de la France.*

L'auteur cherche à établir dans ce mémoire, d'après une série de données météorologiques et historiques, que notre climat a subi depuis les temps les plus reculés et continue encore à subir de grandes vicissitudes. M. Fuster rapporte ces changements à deux grandes périodes, l'une d'amélioration, l'autre de détérioration, ayant chacune environ neuf siècles de durée et comprenant toute l'histoire du climat de la France, depuis les premières années de l'ère chrétienne jusqu'à nos jours. M. Fuster nous fait voir successivement la Gaule, au temps de Jules César, éprouvant un froid excessif, des pluies diluviales et de violentes vicissitudes; son climat s'adoucissant ensuite pendant les premières années de l'ère chrétienne, devenant à la fois plus chaud, moins pluvieux, plus égal et moins agité; cette amélioration se continue progressivement pendant les sixième, septième et huitième siècles. L'amélioration cesse au neuvième siècle pour faire place à une détérioration qui s'opère également par degrés et de proche en proche en descendant du nord vers le midi, c'est-à-dire en suivant une direction contraire à celle qu'avait suivie l'amélioration. Une heureuse transformation de la surface du sol, sous un concours d'influences privilégiées, aurait, suivant M. Fuster, amené les améliorations des neuf premiers siècles, comme une transformation en sens inverse, sous un concours d'influences désastreuses, a opéré depuis les détériorations des derniers siècles.

Séance du 5 août.

Vaccine. — M. CASTEL fait, au nom du comité de vaccine, le rapport annuel sur les vaccinations pour l'exercice de 1843.

M. VILLENEUVE. Je désire qu'on ajoute à ce rapport une invitation à M. le ministre de prémunir les préfets et les maires contre certaines assertions tendant à déconsidérer le vaccin de l'Académie au profit d'une spéculation particulière.

Tous les yeux se portent en ce moment sur M. James, membre correspondant, qu'on ne voit jamais aux séances, et qui est venu tout exprès pour entendre ce rapport.

La proposition de M. Villeneuve est mise aux voix et adoptée.

M. JAMES. Je demande la parole.

De toutes parts : Non, non !

M. LE PRÉSIDENT, s'adressant à M. James : Vous demandez la parole, monsieur; je ne m'oppose pas à ce que vous la preniez; mais je dois vous prévenir que le règlement m'impose la nécessité de consulter l'Académie pour savoir si vous serez entendu. Voulez-vous vous soumettre à cette épreuve ?

M. James fait un signe affirmatif.

M. GAULTIER DE CLAUBRY, avec énergie : Je demande la parole pour une motion d'ordre.

M. LE PRÉSIDENT. Je vous l'accorde.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. M. James s'étant, au su et vu de tout le monde, posé comme un industriel pour l'exploitation de la vaccination dans Paris et en France, je propose qu'on refuse de l'entendre dans une Société savante qui s'occupe exclusivement de la vaccine au point de vue de la science.

De toutes parts : Appuyé, appuyé.

M. James fait de vains efforts pour se faire entendre; il parle, mais ses paroles sont étouffées par les cris de l'assemblée et par la sonnette de M. le président. Dans une éclaircie de silence on l'entend s'écrier : C'est une insolence !

Aussitôt un tumulte immense s'élève; de toutes parts des apostrophes et des interpellations se croisent et se mêlent.

M. MÉRAT, dominant le bruit : Je demande formellement l'expulsion de M. James.

L'orage est dans toute son intensité.

M. JAMES. Je ne demande à parler que sur la question scientifique.

M. LE PRÉSIDENT, avec dignité : Une proposition a été faite par M. Gaultier de Claubry; elle est appuyée; je dois donc la mettre aux voix. — Que ceux qui veulent l'adopter lèvent la main.

L'Académie tout entière lève la main.

M. LE PRÉSIDENT. Messieurs, la séance est levée.

L'Académie se sépare dans la plus vive agitation.

Il est à peine quatre heures.

Séance du 12 août.

M. le secrétaire perpétuel met sous les yeux de l'Académie un appareil imaginé par M. BLATIN pour soumettre à une irrigation abondante la tête d'un malade sans mouiller sa couche. L'auteur donne à cet appareil le nom de *tamis-aquéduc*. Il a également fait confectionner des appareils analogues pour les irrigations de différentes autres parties du corps. (Renvoi à une commission.)

Traitement des fièvres muqueuse et typhoïde. — M. COLLINEAU lit un mémoire de M. THOMAS sur ce sujet. L'auteur pense que les fièvres se communiquent par contagion. Il signale les bons effets des applications chaudes et des vésicatoires sur les extrémités, comme moyens qui conviennent également dans les fièvres muqueuses, dans la fièvre typhoïde et dans la dysenterie, sauf à recourir concurremment aux moyens antiphlogistiques, suivant les indications et le degré de réaction déterminée par les révulsifs.

M. le rapporteur se borne à reconnaître que le traitement dont il s'agit, traitement auquel les anciens médecins recouraient quelquefois, peut effectivement être utile. Il con-

clut en proposant le dépôt aux archives et des remercîments à l'auteur pour sa communication.

Une discussion s'élève dans le sein de l'Académie au sujet des vésicatoires. MM. Rochoux et Louis les proclament inutiles et funestes dans le traitement de la fièvre typhoïde; MM. Collineau et Castel les croient avantageux dans certains cas, tout en ne les considérant que comme des moyens auxiliaires.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

—M. TANCHOU lit une *Note sur la saignée*, avec quelques inductions pratiques sur ce sujet.

Le plus souvent, dit-il, le sang de la saignée est noir; mais il devient ordinairement rouge à la fin de l'opération; dans certains cas il est rouge et rutilant pendant tout le cours de la saignée, ou rouge et noir tout à la fois; quelquefois enfin il sort rouge au commencement, puis noir à la fin.

Ces diverses colorations du sang résultent dans quelques cas, suivant M. Tanchou, du passage rapide du sang artériel dans le système veineux, et le plus souvent de l'action de l'air sur la peau, qui, en pénétrant par cette voie dans la circulation, agit encore sur le sang à sa manière ordinaire.

M. Tanchou trouve des indications pratiques dans ces diverses colorations du sang; toutes les fois qu'il est noir et tant qu'il conserve cette couleur, il le laisse couler; il en est de même aussi lorsqu'il sort rouge, seulement au début de la saignée, pour devenir noir ensuite; mais dès qu'il continue à sortir rouge, M. Tanchou arrête immédiatement la saignée, particulièrement dans la fièvre typhoïde, parce qu'alors la saignée serait nuisible.

M. Tanchou arrive à cette conclusion qui rappelle des idées déjà admises anciennement sur les qualités du sang, que le sang noir est malade, et le sang rouge de bonne qualité; que dans le premier cas, toutes choses égales d'ailleurs, on peut laisser couler le sang et même renouveler la saignée, tandis que dans le second on doit soigneusement s'en abstenir.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 juillet.

Cette séance a été consacrée à des matières étrangères aux sciences médicales.

Séance du 30 juillet.

M. FLOURENS présente, au nom de l'auteur, M. ROUSSEL, un *Traité de la pellagre*, adressé pour le concours de médecine et de chirurgie.

L'auteur conclut de ses recherches, d'une part, que la pellagre n'est pas inconnue en France, mais qu'elle y a été indiquée sous des noms différents, et confondue avec diverses autres affections, dont elle se distingue cependant par des caractères qui n'appartiennent qu'à elle; d'autre part, qu'elle se produit sous l'influence d'une alimentation dans laquelle entrent pour une proportion notable des céréales altérées, et qu'ainsi, sous ces diverses formes, elle constitue un groupe nosologique parallèle, jusqu'à un certain point, à celui qui a l'ergotisme pour type.

M. FLOURENS présente ensuite, au nom de l'auteur, M. MALESCHOTT, professeur de l'Université de Heidelberg, une dissertation, écrite en latin, sur les *vésicules pulmonaires de Malpighi*.

M. Flourens est invité à rendre compte, dans une prochaine séance, de l'ouvrage de M. Maleschott, qui n'en pourra pas moins, ensuite, être admis au concours pour le prix de physiologie expérimentale.

Séance du 4 août.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant qui remplira dans la section d'anatomie et de zoologie la place devenue vacante par suite du décès de M. *Provençal*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 42 :

M. Müller obtient	41 suffrages.
M. Carus	1

M. Müller est déclaré élu.

Séance du 11 août.

L'Académie procède, par la même voie, à la nomination d'un correspondant pour la place laissée vacante dans la section de chimie par suite de la nomination de M. *Faraday* à une place d'associé étranger.

Au premier tour de scrutin, sur 34 votants, M. Laurent (à Bordeaux), obtient 33 suffrages, M. Wöhler (à Gœttingue) 1.

M. A. Laurent est proclamé correspondant.

— M. LEGRAND présente une *Note sur le pourpre*. Il y rappelle que M. Andral a rencontré un pourpre qui a présenté l'image du typhus le plus grave; dans ce cas, il a trouvé le sang dans cet état de liquidité et de dissolution qui est un indice certain de la diminution de sa fibrine. Chez un autre malade, atteint d'un pourpre hémorrhagique essentiel, et qui a rapidement succombé, on a constaté une diminution marquée de la fibrine et une légère diminution dans le chiffre des globules.

Il faut donc conclure de ces faits : 1° que le pourpre n'est point une maladie de la peau, et que c'est tout-à-fait à tort qu'on le fait figurer dans le cadre dermatologique; 2° que le pourpre n'est point en lui-même une maladie, mais qu'il n'est qu'un phénomène symptomatique.

Dans un cas de pourpre que l'auteur a observé dernièrement, il s'est offert une exsudation sanguine à l'intérieur de la vessie.

— M. CORNAY soumet au jugement de l'Académie un appareil qu'il a imaginé pour l'extraction des graviers contenus dans la vessie, et qu'il désigne sous le nom de *lithéréteur à flotteur*.

— M. LEMAITRE de Rabodanges envoie une

note sur l'emploi du nitrate de plomb dans un cas de cancer ulcéré, comme moyen de désinfection. Une solution de ce nitrate, marquant 20 à 23 degrés au pèse-acide simple, lui a servi à faire des injections dans les cavernes de la plaie, et à imbiber la charpie qui en recouvrait la surface. Grâce à cette médication topique, non-seulement l'odeur fétide a disparu, mais encore les fongosités se sont affaissées, et, depuis un mois que ce traitement se poursuit, un mieux sensible s'est manifesté, quoique le mal soit depuis longtemps réputé incurable.

NOUVELLES MÉDICALES.

Chaire d'anatomie. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 11 juillet, un concours public sera ouvert le 1er décembre prochain, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire que la mort de M. Breschet a laissée vacante.

Les docteurs en médecine et en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer avant le 1er novembre 1845, au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlements.

Hôpitaux. — MM. Bouley, Moissenet et Fauvel viennent d'être nommés, au concours, médecins du bureau central des hôpitaux.

MM. Voillemier et Gosselin ont été nommés aux deux places de chirurgiens du bureau central récemment mises au concours.

— Par ordonnance royale du 29 juillet 1845, sont nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur : MM. Guépratte, chirurgien-major de la marine ; Coméiras, chirurgien entretenu de 2e classe ; Hervé, chirurgien auxiliaire.

Sont encore nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur : officiers, M. Viollet, chirurgien-major en retraite ; chevalier, M. Marbotin, chirurgien-major de 2e classe au 10e cuirassiers.

— L'ordonnance ministérielle qui enlevait la suppléance des cliniques aux professeurs agrégés de la Faculté de Montpellier vient d'être retirée sur leur réclamation. Honneur à M. le ministre de l'instruction publique, qui, après information, n'a pas craint de rendre aux agrégés un droit dont ils se sont toujours montrés dignes, quoique son ordonnance eût reçu un commencement d'exécution.

Prix de l'Académie royale de médecine de Belgique : — « Faire connaître les effets du sel commun, tant comme moyen d'améliorer et de conserver les fourrages que comme moyen préservatif contre les maladies des animaux herbivores servant à l'agriculture ; indiquer la quantité qu'on peut donner journellement de ce sel à chaque animal, eu égard à l'espèce à laquelle il appartient, à sa destination, à son âge, à son tempérament, à l'état de sa santé, à la localité qu'il habite et aux autres conditions hygiéniques plus ou moins favorables dans lesquelles il peut se trouver ; établir quels sont les meilleurs modes d'administration du même sel, soit à titre de condiment, soit pour le faire servir à la conservation des matières alimentaires, et, enfin, signaler les accidents ou les maladies qui pourraient résulter de son usage à plus fortes doses. »

Le prix est de 600 francs. Les mémoires, écrits en français, en latin ou en flamand, devront être adressés, dans les formes académiques, au secrétariat de l'Académie, avant le 1er juin 1846.

Toulouse. — Il vient de se former, parmi les médecins de cette ville, une association de bienfaisance à l'instar de celles de Paris, Angers, Marseille, etc.

— Un médecin de cette même ville, ayant réclamé un jour trop tard le paiement de ses honoraires qui s'élevaient à une somme assez forte, se vit appliquer la loi dans toute sa rigueur ; mais le tribunal, appréciant la bonne foi de notre confrère, rendit un arrêt par lequel les héritiers ont dû payer *cinquante francs* chacune des visites qui échappaient à la prescription. (*Journal de médecine de Toulouse.*)

— La *Gazette médicale de Londres* annonce la découverte qui vient d'être faite dans la bibliothèque d'Oxford des six derniers livres de Galien *De administrationibus anatomicis*, contenant la description des yeux, de la langue, de l'œsophage, du larynx, de l'os hyoïde, des nerfs de ces parties, des organes de la génération, livres que l'on croyait perdus et qui n'existaient dans aucune édition de cet auteur. Il est étonnant que cette découverte n'ait pas été faite plus tôt ; car un passage de la Vie de Galien par Ackerman, dans l'édition de Kuhn, prouve que Bartholin avait eu connaissance de ces livres perdus, et indique leur existence dans la bibliothèque de Narcisse Marsh, archevêque de Dublin. C'est en effet dans les manuscrits provenant de la bibliothèque de ce prélat que l'on a trouvé ces livres, dont jusqu'ici l'on n'avait connu que les titres. C'est probablement de la bibliothèque de Bartholin que le manuscrit de Galien, possédé en 1672 par le célèbre anatomiste de Copenhague, passa dans celle de Narcisse Marsh, et de là dans la collection de l'Université d'Oxford, où il se trouve avec une traduction arabe manuscrite faite d'après l'original.

Le docteur Greenhill, auquel on doit cette première découverte, et qui a déjà acquis des titres à la reconnaissance des médecins par ses belles éditions de Théophile et de Sydenham, va très incessamment publier ce complément des œuvres de Galien.

— Le docteur Plauk, de Moscou, a observé une épidémie de parotidites à la maison des Orphelins de cette ville. 300 enfants en ont été atteints, en proportion à peu près égale chez les deux sexes. La maladie semblait plutôt le résultat d'une altération particulière de l'air que de l'abaissement de la température. Elle n'atteignait pas les enfants au-dessous de

sept ans. Sa plus grande fréquence était vers l'époque de la puberté.

Nécrologie. — M. le docteur P. PELLETAN est mort à Bruxelles, le 11 de ce mois, à l'âge de 64 ans. Il était chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, professeur (de physique médicale) en retraite de la Faculté de médecine de Paris, ex-médecin de Louis XVIII et de Charles X.

—Nous avons la douleur d'annoncer la triste mais glorieuse mort d'un de nos honorables confrères. M. le docteur GERGERÈS a été victime de son zèle dans un déplorable sinistre. Chirurgien des pompiers, il a été écrasé à son poste par un mur qui s'est affaissé après le terrible incendie dont Bordeaux vient d'être affligé.

La Commission permanente du Congrès médical, nommée dans la séance générale des délégués des Sociétés de médecine et de pharmacie de Paris, le 2 août 1845, a l'honneur d'informer:

1° Les docteurs en médecine et en chirurgie,

2° Les officiers de santé,

3° Les pharmaciens,

4° Les médecins vétérinaires diplomés,

qu'un congrès général s'ouvrira à Paris le 1er novembre prochain.

Ce Congrès a pour but de discuter le programme des questions relatives à l'organisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine de la pharmacie, et de l'art vétérinaire.

La solution de ces questions, expression des vœux de la majorité, sera transmise à M. le ministre de l'instruction publique, à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, et aux membres de la Chambre des pairs et de la Chambre des députés.

Les Sociétés de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire de Paris, dont la Commission permanente n'est que l'interprète, ont adhéré à l'institution d'un Congrès général avec l'espérance que cette institution aurait pour résultat:

1° De favoriser dans le corps médical le développement de l'esprit d'association;

2° De faire connaître aux ministres et aux Chambres l'état réel de nos souffrances et l'expression réelle de nos vœux;

3° De hâter, sans doute, la présentation d'un projet de loi qui réponde à nos désirs et à nos espérances.

Pour que ce triple résultat soit obtenu, le concours de toutes les lumières et de toutes les bonnes intentions est indispensable.

Il est nécessaire aussi que tous les intérêts soient représentés au Congrès général.

Aussi a-t-il été adopté en principe que l'appel au Congrès serait fait de la manière la plus large et la plus libérale, et la Commission permanente a-t-elle reçu pleins pouvoirs pour faire connaître cet appel à toutes les personnes exerçant la médecine, la pharmacie et l'art vétérinaire.

Elle remplit cette mission aujourd'hui en faisant connaître, par la voie des journaux, l'existence, le but et l'époque de la réunion du Congrès médical.

Cet appel est distinct de l'appel direct et spécial qui est fait aux Sociétés de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire du royaume, aux Facultés et Écoles, pour lesquelles seulement ce dernier mode pouvait être adopté.

Pour faire acte d'adhésion au Congrès il suffit, pour les personnes éloignées de Paris, d'adresser (franco) à M. le docteur Richelot, trésorier de la Commission, rue Neuve-des-Mathurins, n° 10, à Paris, un bon sur la poste de la somme de cinq fr., somme destinée à couvrir les frais de toute nature qu'exige la réunion du Congrès, avec un bulletin indiquant le nom, la demeure et la profession de l'adhérent.

Chaque adhérent des départements trouvera, à son arrivée à Paris, chez M. le docteur Richelot, une carte d'entrée au Congrès, signée de M. le président et de M. le trésorier de la Commission.

MM. les médecins, pharmaciens et vétérinaires de Paris, qui sont dans l'intention d'adhérer au Congrès, peuvent s'inscrire chez M. le docteur Richelot, qui leur remettra la carte d'entrée, ou bien lui adresser leur adhésion par une lettre affranchie. La cotisation sera alors touchée à domicile.

La Commission a donc l'honneur d'inviter les personnes qui exercent l'une des trois professions désignées à vouloir bien concourir à l'institution du Congrès général qui intéresse les besoins généraux de ces professions et, par conséquent, le bien-être personnel de chacun de ceux qui les exercent.

Les membres de la commission permanente:

MM. Villeneuve, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine, président.

Boullay, ancien pharmacien, membre de l'Académie royale de médecine, vice-président.

Amédée Latour, D. M. P., secrétaire.

Malgaigne, D. M. P., agrégé à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire adjoint.

Richelot, D. M. P., membre de la Société de médecine du département de la Seine, trésorier.

Moreau, D. M. P., professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Aug. Bérard, D. M. P., professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Ségalas, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine.

F. Boudet, pharmacien, agrégé à l'École de pharmacie, membre de la Société de pharmacie.

Battaille, D. M. P., président de la Société médico-pratique.

Hamont, vétérinaire, membre associé de l'Académie royale de médecine.
Blatin, D. M. P., secrétaire de la Société médicale d'émulation.
Dubail, pharmacien, membre de la Société de pharmacie.
Leblanc, vétérinaire, membre de la Société de médecine vétérinaire et comparée.
Collignon, id., id.

Nota. La Commission permanente regrette vivement de ne pouvoir adresser à chacun des membres qui exercent l'une des trois professions désignées un exemplaire du rapport et du programme des questions; mais les frais qu'exigeraient une telle publication et une telle distribution seraient énormes. Elle a dû nécessairement se borner à envoyer un exemplaire à chaque Société de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire, à toutes les facultés, écoles préparatoires de médecine, écoles de pharmacie et écoles vétérinaires, à tous les journaux s'occupant spécialement de l'une de ces trois sciences, avec prière de le faire connaître aux personnes qui désireraient en prendre communication.

Cette distribution pourra être terminée vers le 15 septembre au plus tard. Si quelque erreur ou quelque omission involontaire était commise à cet égard, on est prié d'en prévenir M. le docteur Amédée Latour, secrétaire de la Commission, rue Richer, n° 44, à Paris, qui s'empresserait de la réparer.

Pour que ce Congrès ait toute la valeur et obtienne tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre, la Commission permanente croit devoir émettre le vœu que dans les départements où n'existent encore ni sociétés scientifiques, ni associations de prévoyance, les médecins, pharmaciens ou médecins vétérinaires se reunissent par arrondissement et nomment, à la pluralité des suffrages, les délégués auxquels ils voudront accorder l'honneur de les représenter au Congrès. Ces nominations seront pour tous une garantie que les choix auront été faits parmi les hommes les plus capables et animés de bonnes intentions.

La Commission émet expressément le vœu que les personnes qui adhéreront au Congrès lui fassent connaître, sous le couvert de son secrétaire, et avant le 1er octobre prochain, leur opinion sur la solution qu'elles croiraient convenable de donner aux questions proposées. Cette mesure, si elle est généralement exécutée, accélérera et abrégera beaucoup les travaux du Congrès.

VARIÉTÉS.

Biographie de J.-L. Petit.

« Pour les jugements en toutes choses il faut » attendre les effets du temps, et se reposer » sur le calme de l'avenir. Quelques années » ont à peine passé sur nos cendres que déjà » les querelles du jour s'amortissent, les ré- » putations se classent, et le mérite, dédaigné » par la sottise ou comprimé par l'intrigue, » reprend sa place dans tout son éclat. La pos- » térité arrive et met à leur rang les écrivains, » les peuples et les rois. » (Coquerel.)

On a souvent remarqué dans la vie des grands hommes que c'était un incident inattendu, une circonstance fortuite, qui développait tout-à-coup un germe nouveau et qui leur révélait à eux-mêmes leur force et leur puissance. On peut même dire, en général, que ce n'est qu'au sortir de l'adolescence qu'ils ont pu faire pressentir ce qu'ils seraient un jour. Il est bien vrai que lorsqu'un homme est parvenu à une grande célébrité, on se plaît à chercher dans sa vie passée des indices de ce qu'il a été; mais ces indices, trouvés après coup, sont presque toujours inventés à plaisir. Les petits prodiges de collége sont souvent des gens très médiocres, et c'est quelquefois celui qui a donné le moins d'espérances qui brille tout-à-coup au-dessus des autres. Les historiens rapportent que Napoléon fut un élève très ordinaire, et je tiens d'un vénérable ecclésiastique, ancien professeur d'humanités au collége de Dinan, que notre illustre Chateaubriand y avait remporté peu de prix. Mais si le génie ne se décèle pas dans l'enfance, en revanche les inclinations se manifestent, et souvent ces inclinations sont si décidées qu'elles indiquent une véritable vocation. Petit en est un exemple remarquable. De tous les hommes qui ont illustré la chirurgie, il n'en est peut-être pas un dont le nom soit devenu plus justement célèbre que celui dont j'essaie d'esquisser la biographie. Cette célébrité vient sans doute de l'admirable talent dont il a fait preuve; mais il faut aussi l'attribuer à la position exceptionnelle dans laquelle il s'est trouvé.

Le siècle brillant de Louis XIV, qui avait vu fleurir les beaux-arts avec autant d'éclat que de rapidité, n'avait fait, pour ainsi dire, que préparer le règne des sciences. L'Angleterre et l'Italie avaient précédé la France dans la fondation de ces compagnies savantes, émules de l'Académie d'Athènes, et plus remarquables peut-être encore, dans la constitution des États modernes, par la distinction et la supériorité qu'elles donnent aux talents et au génie, malgré la réclamation de l'ignorance titrée et de l'insouciance opulente. Mais à peine ces premiers établissements étaient-ils formés, vers la fin du dix-septième siècle, que la guerre qui embrasa toute l'Europe arrêta les germes qui commençaient à éclore. La chirurgie surtout en souffrit; car cette science, plus embarrassée alors des entraves du faux savoir que des préjugés de l'ignorance, avait encore bien des obstacles à surmonter.

Constituée au seizième siècle, par les travaux d'Ambroise Paré et de Franco, languissante sous le règne du grand roi, malgré le besoin qu'eut ce monarque lui-même de ses secours, la chirurgie n'avait encore pu obtenir un enseignement régulier.

Dégradée par son alliance avec la *barberie*, elle était regardée comme un métier, puisque,

pour gagner maîtrise, il fallait en France, à cette époque, passer par le grade de barbier. C'est dans ce métier que la main s'exerçait à manier d'abord le rasoir, ensuite les ciseaux pour la coupe des cheveux, enfin la lancette. « L'Académie royale de chirurgie, dit M. Du-» bois (d'Amiens), dut sortir presque tout en-» tière de la boutique de ces maîtres barbiers; » mais, il y a plus, les chirurgiens loin de se » trouver avilis par ce contact, luttèrent pen-» dant de longues années avec la corporation » des barbiers et des perruquiers pour par-» tager ses avilissants priviléges. Qui ne con-» naît la grande querelle des barbiers, des » perruquiers et des chirurgiens (1)? »

Ce fut cependant avec ces tristes éléments que J.-L. Petit, doué d'une étonnante capacité, d'un esprit vaste et persévérant, parvint à assurer, tout à la fois, l'avenir de la science et la dignité de l'art. Il fut le chef de l'une des plus célèbres écoles chirurgicales de l'Europe, et eut pour disciples, pendant une période de cinquante années, la plupart des chirurgiens français et étrangers qui ont honoré et agrandi notre art.

Petit (Jean-Louis), maître en chirurgie, membre de l'Académie royale des sciences de Paris, de la Société royale des sciences de Londres et de Bologne, ancien chirurgien des camps et armées du roi, censeur et professeur royal des écoles, ancien directeur et secrétaire de l'Académie royale de chirurgie, etc., etc., naquit à Paris le 13 mars 1674, d'une famille recommandable par son antique probité.

Le célèbre Littre, ami intime de son père, demeurait dans sa maison; il conçut promptement, pour le fils de son ami, une véritable amitié, à laquelle le jeune Jean-Louis se montra toujours très sensible.

Littre éprouvait une réelle passion pour l'anatomie; mais, de toutes les passions qui ont une science pour objet, c'était alors la plus difficile à satisfaire. Un préjugé très fort, et si général qu'il pouvait passer pour naturel, faisait respecter, encore plus que de nos jours, les cadavres humains, et la France n'était pas, à cet égard, autant au-dessus de la superstition chinoise que les anatomistes le désiraient. On était réduit à frauder les lois, à ne s'instruire que par artifice, par surprise, à force de larcins, toujours un peu dangereux et qui n'étaient jamais assez fréquents. Littre ressentit les inconvénients de son amour pour l'anatomie. Il est vrai qu'il eut un temps assez tranquille, grâce à la liaison qu'il contracta avec un chirurgien de la Salpêtrière, qui avait tous les cadavres de l'hôpital à sa disposition. Il s'enferma avec lui pendant l'hiver de 1684, qui, heureusement, fut long et très froid, et ils disséquèrent ensemble un très grand nombre de cadavres; mais les connaissances que Littre acquit par ce moyen, et les nombreux étudiants qui eurent recours à son enseignement, excitèrent des envieux qui le traversèrent.

Littre se réfugia dans le Temple, où de plus grands criminels se mettaient quelquefois à l'abri des priviléges du lieu.

Il crut pouvoir y travailler en sûreté, avec l'autorisation de M. le grand prieur de Vendôme; mais un officier, avec lequel il n'avait pas songé à prendre les mesures nécessaires, permit qu'on lui enlevât le trésor qu'il tenait caché dans cet asile, un cadavre qui l'occupait alors. Cet enlèvement se fit avec une pompe insultante, et l'on triomphait d'avoir arrêté les progrès d'un jeune homme qui n'avait pas le droit de devenir si habile. Littre essuya encore, en vertu d'une sentence rendue par le lieutenant de police de la Reynie et obtenue par les chirurgiens, un second affront, si c'en était un, du moins une seconde perte aussi douloureuse; il fut souvent réduit à se rabattre sur les animaux, et principalement sur les lapins et les chiens, qui étaient les plus exposés au scalpel lorsqu'il n'avait rien de mieux à faire.

La reconnaissance et l'attachement que J.-L. Petit ressentait pour l'hôte de son père l'engageaient à se rendre, de temps en temps, à l'appartement où Littre se livrait habituellement aux dissections. Ce dernier crut remarquer dans ces visites répétées, auxquelles la curiosité, ordinaire aux enfants, pouvait aussi avoir une grande part, le germe des talents que la nature avait créés en lui pour la chirurgie.

Le jeune Petit profita de bonne heure de ses lumières. Les dissections faisaient son amusement, loin de l'effrayer. Il fut trouvé, un jour, dans un grenier où, croyant ne point être surpris, il coupait un lapin, qu'il avait enlevé, avec l'intention d'imiter ce qu'il avait vu faire à l'habile anatomiste. Cette circonstance fut considérée par Littre comme l'indice d'une disposition heureuse et précise; il en conçut le plus favorable augure et s'empressa avec joie de l'encourager.

Jean-Louis Petit, à peine âgé de sept ans, suivait assidûment les leçons de Littre. Ses progrès dans l'art de la dissection furent si rapides, qu'au bout de deux années son maître lui confia le soin de faire ses préparations ordinaires, et qu'il avait à peu près douze ans quand Littre lui donna la direction entière de son amphithéâtre. Loin de se borner à la préparation, qui devait constituer le sujet des leçons de son maître, il faisait des répétitions que les hommes instruits écoutaient avec intérêt et qui lui attirèrent en peu de temps l'estime toute particulière des étudiants.

Son extrême jeunesse, une physionomie agréable, et surtout l'exiguité de sa taille qui lui donnait un air plus jeune encore qu'il ne l'était réellement, circonstance qui l'obligeait à se tenir debout sur une chaise pour être aperçu de ses auditeurs, tout concourut à lui faire obtenir une réputation. Il faisait déjà paraître, dans ses répétitions, cet esprit méthodi-

(1) Des progrès récents de la médecine en France, comparés à ceux de la chirurgie; discours prononcé à l'Académie royale de médecine. (Séance publique annuelle du 17 décembre 1844.)

que qui le caractérisa toujours spécialement dans la suite, lorsqu'il enseigna en son propre nom.

Des travaux persévérants en anatomie, pendant sept années, sous un professeur aussi habile que Littre et aussi affectueux pour son disciple chéri, firent acquérir au jeune Petit des connaissances fort au-dessus de son âge.

Doué d'une mémoire heureuse, d'une élocution facile, d'une imagination vive; riche de ses études anatomiques ; déjà accoutumé à soutenir les regards et à fixer l'attention d'un nombreux public, J.-L. Petit commença, en 1690, ses études chirurgicales. Ses parents le confièrent à un chirurgien distingué, nommé Castel, qui était fort appelé pour le traitement des maladies vénériennes. Après deux années de séjour chez ce chirurgien, il eut un brevet, à l'aide duquel il put constater le titre d'élève, qu'il n'avait pas été possible à Littre de lui conférer. Ce temps fut spécialement consacré à assister aux cours publics et à suivre la pratique des grands hôpitaux. Son ardeur pour s'instruire était extrême. Mareschal, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, aimait à raconter que, se rendant de très-grand matin à l'hôpital pour faire sa visite, il avait rencontré bien des fois J.-L. Petit couché et dormant sur les degrés de cet établissement. Il avait essuyé cette fatigue afin de pouvoir entrer un des premiers et s'assurer, en conséquence, d'une place commode auprès du lit où il avait appris qu'une opération importante devait être pratiquée.

C'était en 1692. Les armées françaises entraient en Belgique; J.-L. Petit manifesta vivement le désir d'y être employé; il obtint facilement une place de chirurgien militaire et fut attaché, en cette qualité, aux hôpitaux de l'armée, commandée par le maréchal de Luxembourg, lequel fit le siége de Namur, sous les ordres immédiats de Louis XIV, qui s'empara en personne de cette ville, malgré les efforts du prince d'Orange et du duc de Bavière.

Pendant cette campagne et celles qui suivirent, notamment à la sanglante bataille de Steinkerque, il déploya un zèle et une activité dignes des plus grands éloges. Sa conduite généreuse lui mérita l'attachement et la confiance des soldats et l'admiration de ses supérieurs.

Non content de s'instruire, il s'occupait d'instruire ses jeunes collègues : pendant la belle saison il enseignait l'ostéologie; lorsque l'hiver survenait, il faisait des cours complets d'anatomie.

Cet enseignement, dont il s'était chargé bénévolement, sa rigoureuse exactitude à remplir ses devoirs, la régularité de ses mœurs, lui attirèrent une grande considération et fixèrent sur lui les yeux de ses chefs.

Il éprouva, dans cette carrière, le plaisir que donne à l'âme l'entier développement de ses facultés; sentiment qui tient à l'amour-propre satisfait et dont la privation produit sans doute l'inquiétude et l'ennui, attachés aux travaux pour lesquels on ne trouve en soi ni le penchant ni les dispositions nécessaires aux succès.

Sur la demande des principaux chirurgiens de l'armée, les magistrats de la ville de Lille lui concédèrent une des salles de l'hôtel-de-ville, où de nombreux auditeurs assistèrent, pendant l'hiver de 1693, à ses démonstrations anatomiques.

Honoré de la même protection de la part des magistrats, il recueillit de semblables succès à Mons, à Cambrai, et autres villes où, pendant les trois années suivantes, il professa l'anatomie.

Tant de travaux, consacrés à la science de l'organisation, procurèrent à J.-L. Petit une grande adresse dans la pratique des opérations; car s'il est une science qui soit utile au chirurgien, sans contredit c'est l'anatomie.

J.-L. Petit était imbu de l'idée que les grands chirurgiens ont toujours été des anatomistes célèbres, et il justifiait cette proposition en citant les noms de Vésale, Fallope, Bérenger de Carpi, Aranzi, Dionis, etc., etc. Aussi sa dextérité opératoire était si connue que les chirurgiens de l'armée, où il était employé alors en second ordre, lui confiaient sans hésiter ce qu'il y avait de plus important, et l'autorisaient à opérer dans des circonstances où ils ne l'eussent permis à aucune autre personne.

Malgré sa grande habileté dans les opérations, J.-L. Petit, toutefois, se gardait bien d'y recourir, avant d'avoir expérimenté tous les secours que fournissent les préceptes hygiéniques, l'action des remèdes intérieurs et l'influence directe des topiques convenables et des pansements appropriés; et quand il était obligé d'opérer, il ne mettait jamais en oubli qu'il faut tout faire, tout disposer pour que les opérations soient exécutées promptement, sûrement, avec le moins de douleur possible, et de manière à ce qu'elles ne soient accompagnées ou suivies d'aucun accident redoutable. C'était par toutes ces attentions, qui préparaient et assuraient les heureux résultats des opérations les plus délicates, que se distinguait de bonne heure ce grand chirurgien qui semblait avoir pris pour devise cette phrase de Salluste : *Vigilando, agendo, benè consulendo, prosperè omnia cedunt.*

Lorsque l'Europe eut été pacifiée par le traité conclu à Riswick, en 1697, J.-L. Petit fut maintenu dans ses fonctions de chirurgien aide-major, et attaché, jusqu'au mois de mars 1698, à l'hôpital de Tournai, époque à laquelle il se rendit à Paris, afin de se faire recevoir maître en chirurgie. Ce titre lui fut conféré le 27 mars 1700, après qu'il eut subi avec distinction les épreuves d'usage, mais que ses adversaires entourèrent des plus grandes difficultés.

La brillante réputation dont il jouissait déjà faisait facilement pressentir qu'il parcourrait une carrière glorieuse; la jalousie crut de son intérêt d'employer les moyens propres à ralentir sa marche, qui paraissait être trop

rapide pour les intérêts de la médiocre multitude. Plus il brillait, plus on cherchait à l'obscurcir. Avec son esprit droit et exempt de toute dissimulation, J.-L. Petit ne cacha pas l'indignation qu'il ressentait des mauvais procédés de ses adversaires. Il s'en plaignit quelquefois en termes énergiques et avec une franche vivacité qui lui valut des ennemis qu'avec un peu plus de modération il eût évités.

« Les sourdes intrigues de mes antagonistes, » disait-il longtemps après, ont reculé ma » fortune de plus de quinze années. »

Une fois en possession d'un titre légal, J.-L. Petit se fixa à Paris et ouvrit sur-le-champ des cours publics d'anatomie et d'opérations, et fonda en outre, dans sa maison, un enseignement particulier qui compta bientôt, parmi ses auditeurs, la plupart des médecins et des chirurgiens les plus honorablement connus de la France et des pays étrangers. Ces cours ne cessèrent que lorsque la confiance publique augmentant d'une manière sensible les occupations de J.-L. Petit et ne lui laissant aucun loisir, il ne put s'en acquitter plus longtemps avec l'exactitude consciencieuse qu'il avait coutume d'y apporter.

J.-L. Petit fut nommé, à l'unanimité, prévôt de la compagnie des chirurgiens de Paris, aussitôt l'expiration du délai fixé pour prétendre aux premières places. L'honneur du corps et la sûreté des citoyens excitèrent sa vigilance, et il apporta la rigueur impartiale et nécessaire dans le jugement des épreuves que subissaient les candidats à la maîtrise. En imprimant une nouvelle vigueur aux actes publics, il en fit jaillir une source féconde d'instruction pour les récipiendaires et les assistants. Ses successeurs ont prouvé avec quelle sévérité et quelle persévérance l'ancien Collége de chirurgie cherchait, par de longs et minutieux examens, à s'assurer de la capacité de ses élèves avant de les admettre aux grades.

Peu de temps après sa nomination, J.-L. Petit saisit avec empressement l'occasion de fournir des preuves éclatantes de son dévouement éclairé pour l'honneur et la dignité de l'enseignement chirurgical.

La bizarre révolution qui, depuis cinquante années, avait abaissé la chirurgie, ne ralentissait point la louable émulation des chirurgiens vraiment dignes de ce nom. Deux, choisis parmi les plus distingués, Bienaise et Roberdeau, en possession d'une grande estime, faisaient des démonstrations en faveur des étudiants; plusieurs de leurs collègues, pénétrés des meilleures intentions, avaient élevé à la gloire de la science un monument de leur zèle pour l'enseignement, en faisant construire un amphithéâtre d'anatomie. A peine fut-il terminé, qu'on donna une autre destination aux fonds qui lui étaient consacrés : les démonstrations cessèrent d'être faites avec exactitude; les professeurs ne s'acquittaient plus de leurs fonctions d'une manière convenable. Les élèves les plus savants fondèrent entre eux des conférences sur divers point de chirurgie. Une foule nombreuse se rendit à ces réunions qui obtinrent, en peu de temps, assez de vogue pour être décorées du titre de *Chambre d'émulation.*

Les étudiants s'exagéraient l'importance de ces conférences et étaient convaincus qu'elles pouvaient remplacer tous les autres cours. Les chefs de cette société poussèrent même la jeunesse à des excès blâmables, en lui suggérant l'audace d'écrire, en gros caractères, ces mots sur la porte d'entrée des écoles : *Amphithéâtre à louer.*

Le mal était urgent, et des mesures acerbes étaient de nature à l'aggraver. J.-L. Petit imagina un moyen puissant, propre à ramener les jeunes étudiants dans le sein de la véritable instruction; il annonça un cours public sur un sujet nouveau, la démonstration des instruments de chirurgie.

Dans ses leçons, qui furent très suivies, le professeur, loin de se borner à montrer les instruments et à indiquer leurs usages, signala les inconvénients inhérents à la vicieuse construction de plusieurs d'entre eux, indiqua les modifications nécessaires au perfectionnement du plus grand nombre, et donna un nouvel intérêt à ses démonstrations en expliquant la manière dont on devait s'en servir dans les opérations, et diminuait l'aridité naturelle au sujet en rappelant, toujours à propos, les cas intéressants de pratique qui s'étaient présentés à son observation.

Tout d'abord, malgré son incontestable importance, ce cours n'obtint pas autant de succès que J.-L. Petit avait espéré en retirer.

Les chefs de la Chambre d'émulation, humiliés de l'abaissement que leur faisait essuyer le rôle de simples étudiants, n'étaient pas disposés à rentrer dans le giron des écoles. Le bon J.-L. Petit recourut à un ingénieux expédient : il les autorisa à lui faire des objections et s'engagea à y répondre séance tenante. Ce procédé, qui prouvait, chez le professeur, une instruction profonde et un grand désir de concourir au maintien de la dignité de l'art, permit à J.-L. Petit d'atteindre le but qu'il s'était proposé.

Seul, il soutint le crédit des écoles, renversa une sorte de schisme et posa, d'une manière inébranlable, les solides fondements de la renaissance de la chirurgie française.

J.-L. Petit possédait, au plus haut degré, l'art de persuader et d'entraîner. Son éloquence était dans sa bonhomie, dans sa complaisance que rien ne pouvait lasser, dans un style simple, méthodique et clair, dans le choix des faits et dans l'exposition des résultats, dont la voix parle plus haut à l'intérêt que les livres les mieux écrits, que les systèmes les mieux conçus. Le maître justifiait aux yeux de l'élève les lois de la théorie par le travail de la pratique; c'était ainsi qu'il appuyait sans cesse la pratique sur la savante théorie; enfin, c'était ainsi qu'il parvint à reculer les bornes de l'une et de l'autre en les forçant à se prêter un mutuel secours et à assurer les améliorations en tout genre que l'avenir a réalisées.

Les preuves nombreuses de dextérité chirurgicale et de grande expérience données journellement par J.-L. Petit le firent promptement considérer comme l'homme indispensable dans les cas dangereux. Aussi était-il appelé dans les circonstances les plus difficiles. Son nom, auquel était attaché une très vive confiance, se répandit bientôt dans les pays étrangers. Mandé, en 1726, par le roi de Pologne, et en 1734 par le prince don Ferdinand, depuis roi d'Espagne, ce grand praticien, digne de toute la réputation qu'il s'était acquise, rétablit la santé de ces deux grands personnages, et bientôt le nom de Petit fut répété dans Varsovie, dans Madrid, comme à Paris. Les princes, remplis de satisfaction et de gratitude pour ses soins, lui prodiguèrent les plus glorieux témoignages d'estime et de confiance, désirèrent l'attacher à leur service, lui offrirent même de grands avantages pour le retenir; mais, préférant sa patrie à tout, il résista aux plus réitérées sollicitations.

A tous les motifs de satisfaction que J.-L. Petit dut éprouver, il faut ajouter celui qu'il ressentit d'avoir pu dignement soutenir, chez deux nations étrangères, l'honneur de la chirurgie française, et de pouvoir surtout en faire réfléchir l'éclat sur son pays.

Des succès pratiques aussi brillants sont des règles peu propres à faire porter un jugement sur le mérite réel d'un chirurgien; le hasard, les prôneurs, l'intrigue, la protection et une foule de circonstances étrangères à la science, accroissent trop souvent la renommée, pour qu'on ne considère pas celle-ci comme un signe trop équivoque de la capacité. C'est à l'aide des productions enfantées par le génie que l'on peut décider avec certitude si les hommes qui cultivaient une science ont mérité leur réputation. C'est la partie brillante de la carrière de J.-L. Petit. Trente années de travaux académiques et la pratique la plus distinguée le firent désigner, à l'unanimité, par ses confrères impartiaux, comme le premier praticien de Paris. Cette haute supériorité, authentiquement reconnue, était d'autant plus honorable que, dépourvu de tout emploi, il ne la devait à aucune circonstance propre à donner du relief à son mérite personnel.

Un célèbre chirurgien attribuait avec raison une grande influence à la protection dans le choix des hommes placés autrefois à la tête des hôpitaux : quelques-uns, en effet, devaient leur nomination à des circonstances particulières qui n'avaient rien de commun avec un mérite élevé. Des places importantes ne supposaient pas toujours un savoir éminent. Que d'hommes obscurs et faits pour l'être parvenaient aux rangs les plus distingués, tandis que, à la même époque, le génie languissait ou végétait dans les postes secondaires!

Boudou, dont le nom serait ignoré de la postérité sans un bon mot de Bichat (1), était chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, pendant que J.-L. Petit n'avait pour théâtre de ses talents que sa pratique particulière. En revanche, le nom de J.-L. Petit figurait sur la liste des sociétés les plus illustres. Membre, en 1715, de l'Académie des sciences de Paris, il ne tarda pas à être mis au nombre des correspondants de la Société royale des sciences de Londres et de celle de Bologne.

P. F. CABARET, D. M. P.

(*La fin au prochain numéro.*)

Bulletin bibliographique.

I. *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale*, ou *de l'ophthalmologie considérée dans ses rapports avec les différentes races*, suivi d'une appréciation analytique de la médecine chez les Arabes; par le docteur S. FURNARI, chevalier de la Légion-d'Honneur et du Mérite civil de François Ier des Deux-Siciles. Un volume de près de 400 pages in-8°, chez J.-B. Baillière. — L'auteur s'attache dans son livre à refuter les objections des adversaires de la colonisation de l'Algérie touchant la prétendue insalubrité de cette contrée. Il y prouve que les maladies y ont comme ailleurs leurs causes connues, souvent indépendantes du climat. La fièvre et la dysenterie n'y résisteraient pas, selon lui, à une médication convenable; un régime hygiénique sagement entendu les préviendrait le plus souvent. Quant à l'ophthalmie, M. Furnari fait cette remarque décisive qu'elle est plus commune et plus opiniâtre chez les indigènes, et particulièrement chez quelques-unes de leurs races, que chez les colons. L'auteur, à ce sujet, émet le vœu que les savants, restreignant quelquefois leurs travaux pour les rendre plus utiles, fassent pour diverses parties de l'art ce qu'il a fait pour l'ophthalmologie. Ainsi serait promptement amenée la solution de plusieurs graves difficultés que renferme encore la question sanitaire de l'Algérie. — Relativement à ce qui fait le fond de son livre, l'auteur a le mérite d'avoir, le premier parmi les modernes, traité des maladies des yeux chez les races africaines. Des paragraphes spéciaux sont consacrés, dans son livre, à l'étude des différentes races qui habitent le nord de l'Afrique, à des considérations anatomiques et physiologiques sur l'œil des indigènes, à l'étiologie de l'entropion, de l'hydrophthalmie et de l'exophthalmie, si fréquents en Afrique; aux causes de la rareté de l'amaurose, de la myopie et de la cataracte dans ce pays; enfin à l'exposé des notions générales de la médecine et de la chirurgie modernes parmi les Arabes.

II. *Compendium de chirurgie pratique*, ou *Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament*; par M. A. BÉRARD, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, etc., et M. C. DENONVILLIERS, chef des travaux anatomiques et agrégé à la Faculté de méde-

(1) La place de Boudou manquait à Petit; le talent de Petit manquait à Boudou.

cine de Paris, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, etc. Tome 1er, 5e livraison, grand in-8°, chez Labé. — Dans cette livraison, les auteurs traitent du cancer, des corps étrangers, des déviations organiques; ici finit le premier volume. Le second ouvre par les maladies du tissu cellulaire, lesquelles se composent de l'emphysème, de l'œdème, du dragonneau et des tubercules sous-cutanés douloureux. Suivent les maladies des membranes séreuses qui seront poursuivies dans la prochaine livraison.

L'histoire du cancer est exposée d'une manière très complète. Les auteurs se sont particulièrement attachés à l'anatomie pathologique. Ils admettent deux variétés principales de tissu cancéreux, le squirrheux et l'encéphaloïde, sans toutefois exclure de cet article diverses autres productions accidentelles ou dégénérescences organiques. Pour ce qui est des déviations organiques, MM. Bérard et Denonvilliers ont suivi l'ordre établi par M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, qui admet quatre grandes sections : 1° les hémitéries, déviations simples et en général peu graves; 2° les hétérotaxies ou inversions d'organes, déviations non apparentes à l'extérieur et qui, bien qu'assez complexes, n'entravent cependant pas l'accomplissement d'aucune fonction; 3° les hermaphrodismes; 4° les monstruosités proprement dites, les plus complexes des déviations, et qui sont presque toujours apparentes au dehors.

III. *Mémoires sur la nature et le développement des produits accidentels*; par Ch. Baron, médecin du Bureau central des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-4° de 160 pages, chez J.-B. Baillière. — Voici de quelle manière l'auteur a été amené à se créer la voie toute particulière de recherches dans laquelle il se trouve engagé. Etant interne dans les hôpitaux de Paris, en 1836, il rencontra par hasard, en faisant l'autopsie d'un individu mort d'une affection du foie, des tubercules et des caillots sanguins dans les ramifications de la veine porte. Il commença dès lors à étudier scrupuleusement l'anatomie des tubercules, et découvrit certaines dispositions relatives à l'évolution commençante de ces productions morbides ainsi qu'à leurs connexions vasculaires. Ces dispositions, qui s'accordaient parfaitement avec celles qu'il avait rencontrées précédemment dans le foie, étaient semblables dans tous les cas où il se livra à cette recherche. Il dut donc concevoir sur l'origine et la nature du tubercule l'opinion générale qu'il a formulée dans son mémoire à ce sujet. Dans les poumons des mêmes tuberculeux il rencontrait des dépôts de matière noire, et, en examinant attentivement les tubercules, il saisissait aussi facilement la disposition de la mélanose, qui d'ailleurs était très souvent liée à celle de la matière tuberculeuse. Sur la fin de la même année, il fut fort surpris de trouver chez un sujet des hydatides et des foyers apoplectiques pulmonaires dans des rapports mutuels, particuliers, qu'il n'avait pas observés jusqu'alors; il fut très frappé de l'analogie qui existait entre le tubercule, la mélanose et les hydatides. Ce fut seulement alors qu'il commença à penser que peut-être tous les produits anormaux avaient entre eux des liens de formation originelle. Ses recherches sur les divers autres tissus n'ont fait que le confirmer dans cette opinion, et ce sont les idées qu'il a développées dans cette série de mémoires. Chacune des productions accidentelles non analogues aux tissus normaux de l'économie a été l'objet d'un mémoire particulier. Il a réuni dans un seul article toutes les productions accidentelles analogues aux tissus normaux. Quant aux entozoaires intestinaux, l'auteur, ne possédant aucun fait propre à l'éclairer sur leur nature et leur développement, s'est abstenu de parler de cette sorte de production que Meckel bannit de l'anatomie pathologique au profit de la zoologie.

IV. *Traité de toxicologie médico-légale et de la falsification des aliments, des boissons et des médicaments*; par M. C.-P. Galtier, D. M. P., professeur particulier de pharmacologie, de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie. Première partie : *Poisons inorganiques* ou *minéraux*. 1 volume in-8° de 760 pages, chez J.-B. Baillière. — M. Galtier n'a point adopté les classifications actuellement en cours dans la science; celle de MM. Devergie et Orfila, qui consiste à diviser les poisons en quatre classes (1° poisons irritants, âcres, caustiques; 2° poisons narcotiques; 3° poisons narcotico-âcres; 4° poisons septiques), lui paraît réunir dans chacune d'elles des éléments disparates et n'être pas l'expression rigoureuse des faits. Les médecins rasoriens, de leur côté, admettant que les effets toxiques des poisons ne résultent pas de leur action locale, mais des modifications qu'ils produisent dans les phénomènes dynamiques ou vitaux, qu'ils exaltent ou dépriment à un degré tel que la vie peut en être anéantie, divisent les poisons en deux grandes classes : 1° poisons stimulants ou hypersthéniques; 2° poisons contre-stimulants ou hyposthéniques. L'auteur pense que les idées rasoriennes ne sont pas encore assez connues en France, ou plutôt que les poisons n'ont pas encore été assez étudiés sous ce point de vue pour que l'on puisse discuter dès à présent la valeur de cette classification. M. Galtier a cru plus convenable de disposer les poisons en deux grandes divisions ou classes d'après le règne auquel ils appartiennent, et de subdiviser celui-ci en plusieurs sections d'après leurs caractères chimiques, botaniques, zoologiques ou toxiques, en attendant que les progrès de la toxicologie permettent d'établir une classification fondée sur les deux points principaux qui en forment l'objet et le but, c'est-à-dire sur les effets et les lésions qu'il faudrait, si cela était possible, concilier avec les caractères chimiques des poisons.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 4. — OCTOBRE 1845.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

CLINIQUE MÉDICALE.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Services de M. Rayer et de M. Andral.

I. Fièvres avec ictère présentant plusieurs caractères de la fièvre jaune. — Cautérisation pharyngienne. — Résorption de l'iode. — Pellagre.

Plusieurs affections fébriles se sont présentées cet été avec des phénomènes morbides inconnus à nos climats. L'une d'elles surtout a offert aux yeux de quelques personnes une copie du tableau que les auteurs modernes nous ont donné de la fièvre jaune, ce qui a fourni l'occasion à un journal belge auquel cette observation a été communiquée d'intituler un de ses articles : *La fièvre jaune à Paris*! Le temps n'a heureusement point encore confirmé ce diagnostic un peu hasardé sous le ciel de Paris. Les manifestations insolites que nous avons observées n'ont été que des cas isolés, et, quel que soit le nom qu'on veuille leur donner, elles ne suffisent pas pour caractériser une constitution atmosphérique, encore moins une épidémie. Quoi qu'il en soit, ces cas sont curieux ; nous allons les rapporter brièvement, tout en insistant sur les caractères les plus saillants.

Obs. 1.—Le premier, qui a été observé dans le service de M. Rayer, est relatif à un nommé Thomas, cordonnier, homme de forte constitution, habituellement bien portant. Ce malade est entré, le 30 juin dernier, à la Charité, salle St-Michel, n° 26.

Il présente sur tout le corps une teinte ictérique orangée ; face inférieure de la langue d'un jaune également très foncé ; enduit muqueux épais à sa face supérieure ; peau chaude et sèche. Envies fréquentes de vomir, sans vomissement. Léger météorisme du ventre qui n'est douloureux qu'à l'hypochondre droit ; volume du foie normal. Les selles, plus abondantes, présentent les caractères ordinaires, mais les urines présentent une réaction ictérique très prononcée. Pouls développé, fréquent et régulier.

Le malade ne se plaint que d'une céphalalgie intense et d'une douleur aigüe à la région du foie, dans les grandes inspirations. Du reste, il répond difficilement sur ses antécédents, d'autant plus qu'il est atteint de surdité depuis son enfance. Tout ce qu'on peut conjecturer d'après les renseignements qu'il fournit, c'est que l'ictère se serait développé peu de jours auparavant, à la suite d'une indigestion prise au cabaret. On prescrit une saignée de trois palettes.

Le jour suivant, 1er juillet, on n'observe pas de changement notable ; la saignée de la veille s'est recouverte d'une couenne inflammatoire épaisse. La douleur de l'hypochondre droit persiste encore. — Ventouses scarifiées sur cette région, puis application d'un vésicatoire au même point ; eau de Sedlitz.

Ces moyens paraissaient avoir un peu amendé l'état général, lorsque, le 2 juillet, le malade est pris tout-à-coup de vomissements de matières noirâtres sanguinolentes. Les selles contiennent également du sang noir ; elles sont peu fréquentes, mais liquides et abondantes. Une hémorrhagie nasale se déclare aussi et se renouvelle plusieurs fois dans la journée. En même temps, le pouls se développe et augmente de fréquence.

Le malade est tombé dans un état de somnolence dont on le retire néanmoins aisément. Il répond lentement, mais à point, aux questions qu'on lui fait. Il se plaint beaucoup de la tête. La langue est sèche et recouverte d'un enduit muqueux, épais et fendillé ; dents recouvertes d'un enduit brunâtre. Ventre météorisé mais insensible à une pression modérée, même dans la région du foie. Toux légère, amenant des crachats muqueux peu abondants.

Le 3 et le 4 juillet on n'observe pas de changement notable. Dans la nuit du 4 au 5 le malade a un léger délire. La peau n'offre aucune tache ; elle est jaune-orangé intense comme le premier jour ; seulement on observe de légères ecchymoses au point où la saignée du bras a été pratiquée, ainsi qu'autour des ventouses.

Le 6, le malade paraissait amélioré ; le délire avait cessé, la somnolence avait diminué, le pouls avait baissé ; mais voilà qu'un nouveau phénomène se présente : la peau de tout le corps, mais surtout celle des membres supérieurs et de la face, est couverte de petites papules saillantes coniques, semblables aux élévations de la variole à son début. Le malade porte d'ailleurs de belles cicatrices vaccinales.

Le 7, la saillie des élevures a disparu ; celles-ci sont remplacées par des taches rouges nombreuses, répandues sur toute la périphérie du corps. Elles

sont irrégulièrement arrondies ; quelques-unes disparaissent sous la pression du doigt ; les autres ne changent pas de couleur. L'éruption ne s'accompagne pas de démangeaison. Le malade, quoique manifestant une forte tendance au sommeil, paraît se trouver mieux ; il n'éprouve aucune douleur ; il prend un peu de bouillon avec plaisir.

Le 8 juillet, on trouve une eschare au sacrum ; le malade est moins bien. Le 9 et le 10, l'éruption commence à pâlir. Les selles sont toujours sanguinolentes, les urines toujours ictériques. Il n'y a plus que des envies de vomir. Assoupissement plus marqué que les jours précédents. Le 11, il n'y a plus d'éruption ; la prostration augmente. Le 12, le malade est tombé dans une sorte de coma continuel. Le 13, il expire à cinq heures du matin, sans agonie.

Autopsie faite 28 heures après la mort. Putréfaction très avancée ; plus de raideur cadavérique ; même teinte ictérique que pendant la vie ; épanchement sanguin considérable sous la peau au niveau de la saignée.

Rien de remarquable du côté des organes thoraciques. Le cœur est flasque et contient des caillots de sang mou.

Les organes abdominaux n'offrent également rien de bien notable. La membrane muqueuse de l'estomac est ramollie, de couleur lie de vin uniforme ; le duodénum présente également des traces de suffusion sanguine ; il contient de la bile verdâtre. Les plaques de Peyer sont à l'état normal. Le foie est mou, d'une teinte ictérique uniforme, et voilà tout. La rate est molle. Les reins sont très ramollis, presque diffluents.

Le cerveau est mou, légèrement teint en jaune. La moelle épinière n'a pas été examinée.

Si, après la lecture de cette observation, quelqu'un qui n'a jamais vu la fièvre jaune se met à consulter les auteurs qui l'ont vue et décrite d'après nature, ceux par exemple que cite Ozanam dans son Histoire des épidémies, et particulièrement les Recherches sur la fièvre jaune de Gibraltar de 1828 que M. Louis nous a données dans le second volume des *Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris*, celui-là ne verra dans le cas précédent de symptôme bien caractéristique de la fièvre jaune que les vomissements et les selles hémorrhagiques. Les vomissements noirs ont même paru à quelques observateurs d'Amérique avoir un caractère si prédominant, qu'ils ont donné à la maladie le nom de vomissement noir, *vomitu negro*. Mais il faut avouer aussi que le malade n'a guère offert que ce symptôme qui, joint à l'ictère, pût faire penser à la fièvre jaune ; beaucoup de signes importants lui ont manqué tant pendant la vie qu'après la mort. Quelques-uns aussi différaient notablement de ceux qu'on observe dans la fièvre jaune. Disons un mot de chacun des principaux symptômes offerts par ce malade.

Il a eu de la céphalalgie intense, et la céphalalgie s'observe en effet et très intense aussi dans la fièvre jaune. Mais ce symptôme est commun à tant de maladies aigües qu'il n'a ici qu'une importance accessoire pour le diagnostic.

Notre malade a été presque constamment assoupi ; or, voici que M. Louis fait remarquer que le défaut d'assoupissement chez presque tous les sujets atteints de la fièvre jaune de Gibraltar met une grande différence entre cette maladie et la fièvre typhoïde. L'anxiété, l'agitation, l'angoisse si remarquables dans la fièvre jaune, qui offrent même quelque chose de caractéristique dans cette affection suivant le rapport de M. Louis, n'ont pas été observées chez notre malade. Mais un phénomène bien autrement caractéristique qu'il n'a pas présenté, tandis qu'on ne l'a presque jamais vu manquer chez les individus atteints de fièvre jaune, ce sont les douleurs des membres et du dos, les crampes aux mollets.

Nous avons vu plus haut que le malade avait eu des épistaxis. M. Louis fait observer que ce symptôme n'a pas été observé dans un seul cas de fièvre jaune, et il trouve dans cette absence des épistaxis un caractère symptomatique qui distingue cette dernière maladie de la fièvre typhoïde.

Une chose, toutefois, qui rapproche le cas de notre malade de ceux de fièvre jaune, c'est sa mort presque subite au moment où l'on y pensait le moins. La plupart des individus qui succombèrent à Gibraltar présentèrent, les derniers jours, une amélioration insidieuse.

A l'autopsie, notre malade a présenté une partie des altérations offertes par les individus morts de la fièvre jaune, savoir, les lésions qui dépendent directement de l'hémorrhagie gastro-intestinale, et, ce qui est remarquable, une absence complète de celles qui sont propres à la fièvre typhoïde. Mais il lui a manqué une altération anatomique du foie qui, selon M. Louis, constituerait le caractère anatomique de la fièvre jaune. C'est une décoloration plus ou moins grande du foie qui offre une teinte tantôt beurre frais, paille, café au lait, tantôt une teinte jaune gomme-gutte ou couleur de moutarde, tantôt enfin une couleur orange et pistache. Cette décoloration qui était presque toujours générale, mais qui n'était pas exactement la même dans toute l'étendue de l'organe, coïncidait constamment avec un état d'anémie du foie, d'où il résultait que sa coupe était sèche et d'un aspect aride. Ces observations de M. Louis sur la fièvre de Gibraltar ont été confirmées à la Martinique par M. le docteur Dutrouleau qui dit n'avoir pas vu l'affection du foie manquer une fois sur plus de cent autopsies. M. Rufz dit, il est vrai, qu'il n'a observé ce caractère que deux fois sur trois.

En présence de ces arguments pour et contre l'idée d'une fièvre jaune chez le malade précédent, que conclure ? La plupart des personnes qui l'ont observé ont admis qu'il y avait là une fièvre jaune, un *typhus icterodes* si l'on aime mieux, et véritablement il serait

difficile de donner un autre nom à cette affection qui a présenté le caractère le plus saillant d'une fièvre jaune mortelle, savoir : les vomissements noirs joints à l'ictère. N'oublions pas toutefois que ce serait alors le premier cas de ce genre qui aurait été observé à Paris; car la fièvre jaune, dans notre Europe, n'a jamais été observée en France; en Espagne, elle n'a pas remonté au-dessus de Barcelone. Ajoutons aussi que c'est une maladie particulière aux îles et au littoral, et qu'elle n'a jamais pénétré avant dans les terres, même aux Etats-Unis. Ces diverses circonstances doivent nous rassurer sur les chances d'une épidémie de cette nature à Paris.

Avant de terminer ce que nous avons à dire à propos de ce malade, disons quelques mots d'une certaine manie qu'ont les pathologistes de Paris d'établir des analogies forcées entre les maladies qui font le sujet de leur observation quotidienne et celles qu'ils n'ont jamais vues. Ainsi l'un d'eux a réuni dans un seul groupe les quatre grandes endémies connues : il y a le typhus d'Europe; la peste est le typhus d'Orient; le choléra, le typhus du Gange, et la fièvre jaune, le typhus d'Amérique. On s'appuie, en ce qui concerne cette dernière, sur l'expression de *typhus icterodes* que l'on doit à Sauvages. Mais ce savant nosologiste n'avait peut-être jamais vu la fièvre jaune. Il l'a classée où bon lui a semblé pour sa commodité; mais son autorité est en ce point fort contestable. Or, qu'on lise les recherches de M. Louis sur la fièvre jaune de Gibraltar, qui, après tout, ressemblait, à très peu de chose près, à celle des Antilles; qu'on lise les autres auteurs qui ont écrit là-dessus et la compilation qu'en a faite Ozanam dans son Histoire des épidémies : l'on verra que rien ne ressemble moins à une fièvre typhoïde qu'une fièvre jaune. Ceux qui survivaient à cette dernière étaient ordinairement ceux qui n'avaient pas de vomissements noirs ni de selles sanguinolentes : ils supportaient assez bien les autres symptômes, qui bien souvent ne les empêchaient pas de vaquer à leurs occupations; parmi ceux même qui succombaient, un certain nombre portaient leur mal debout; jamais il n'y eut cette stupeur, cette prostration des forces qu'on observe dans les cas les plus légers de typhus. La vie, dans la fièvre jaune, est atteinte d'une manière bien plus insidieuse, bien plus indéfinissable, bien plus insaisissable que dans la typhoïde; ce n'est ni une adynamie ni une ataxie; c'est un coup porté dans l'ombre, que rien ne saurait parer, et contre lequel la thérapeutique n'a encore rien à opposer. Mais aussi ce coup est rapide; le malade y succombe ou s'en relève promptement et l'on ne voit point la fièvre jaune traîner en longueur comme la fièvre typhoïde. Il nous serait aisé de poursuivre la comparaison. Mais ce que nous venons de dire suffit pour montrer quelle différence tranchée il y a entre ces deux fièvres. Leur rapprochement ne serait après tout qu'une simple affaire de curiosité; il est sans fruit pour la thérapeutique, qui est bien autrement éclairée pour nos typhus d'Europe que pour la fièvre jaune.

— Voici une autre observation qui se rapproche de la précédente par la singularité des symptômes.

Obs. 2. — Huret (E.-J.), âgé de 60 ans, journalier, est entré, le 21 août 1845, dans la salle Saint-Ferdinand, n° 11, service de M. Andral. C'est un homme fortement constitué. Il a un ictère superbe sur toute la périphérie du corps. Quoique ses traits expriment la fatigue et la souffrance, son intelligence est très nette et ses réponses sont justes. Sauf les fièvres, qu'il a eues en 1836, cette maladie serait la première qu'il éprouve. Seulement son état de journalier l'expose aux alternatives subites du chaud et du froid.

Il y avait déjà quelque temps qu'il se sentait mal à son aise, lorsque le 15 août dernier, jour de l'Assomption, dans l'après-midi, au moment où il sortait de se faire raser, il fut tout-à-coup pris de frissons et de douleurs universelles. Il alla se coucher; les frissons le reprenaient dès qu'il sortait de son lit. Le même jour il fut pris de crampes dans les mollets, crampes qui se renouvelèrent également les trois ou quatre jours suivants. Il eut aussi dès le début des envies de vomir, mais sans vomissements, des selles jaunes diarrhéiques. En même temps il fut pris d'une céphalalgie atroce qui s'est prolongée jusqu'à ce jour; il lui semblait avoir le front pressé par une barre. Mais ce n'est pas tout pour les douleurs. Dès le début aussi il fut atteint d'une douleur violente dans l'hypochondre droit, ainsi qu'à l'épigastre, douleur s'irradiant dans tout l'abdomen où elle était un peu moindre quoiqu'encore très forte. Toutes ces diverses souffrances étaient par moment si insupportables qu'il criait à être entendu de tout le voisinage. C'était surtout des douleurs dans l'articulation du genou qu'il se plaignait. Insomnie toutes les nuits jusqu'à ce jour.

Ce malade ne fit rien chez lui que boire de la tisane. Un médecin du bureau de bienfaisance, qui le visita, se borna à lui conseiller d'entrer à l'hôpital. Ce qui l'a surtout déterminé à s'y rendre, c'est l'ictère qui s'est développé le 21 seulement. Le même jour il a eu une épistaxis légère, ce qui est remarquable pour son âge. A son entrée, le 22 août, M. Andral lui a fait faire une saignée de trois palettes de sang qui a été emporté de suite pour être analysé, et sur lequel nous n'avons pu nous procurer de nouvelles ultérieures.

23 août. La saignée d'hier a amené une amélioration générale. La céphalalgie est tombée, les crampes le sont aussi. Il y a encore de la douleur dans l'abdomen, particulièrement à l'hypochondre droit; mais ces douleurs ne sont, selon son expression, que l'ombre des précédentes. Le foie n'a pas augmenté de volume. Ventre tendu, non ballonné; peau encore chaude, mais moins qu'hier; 100 pulsations, régulières; celles d'hier étaient irrégulières. L'ictère est extrêmement intense. Le malade accuse

un appétit qui est très probablement factice. Soif vive; constipation depuis quatre jours avec ténesme; encore de l'insomnie cette nuit. Le médecin qui a vu ce malade chez lui nous dit qu'il a eu une fièvre très forte depuis le 15. Pas de vomissements. Langue blanche. On lui prescrit de la groseille, un lavement de guimauve, du bouillon pour apaiser son moral.

Le 24. État à peu près le même; amélioration progressive. 92 pulsations; même prescription.

Le 25. L'ictère est toujours d'une intensité peu commune. Le malade a dormi cette nuit, et il est tourmenté par des ténesmes fréquents qui ne le font aboutir qu'à de vains efforts. Des selles liquides, incolores, dans lesquelles nagent des mucosités membraniformes expliquent les coliques dont il se plaint. Le ventre est un peu gros, peu sensible à la pression; l'épigastre la supporte également mieux que les jours précédents. Mais il est revenu des crampes cette nuit. Langue blanche et humide; bouche mauvaise. 84 pulsations; peau peu chaude; urines jaune-orangé, très chargées, avec un dépôt blanchâtre d'un centimètre d'épaisseur. — Orge, sirop de mauve; 2 lavements de guimauve avec pavot; 2 bouillons.

Le 28. Le malade va mieux. Il ne rend encore que des eaux à la selle, mais il le fait sans douleur. L'ictère diminue; démangeaisons très vives par tout le corps. Plus de crampes. Cependant il revient toujours des douleurs dans les membres, particulièrement aux genoux. Même prescription que le 25; un potage et deux bouillons.

L'amélioration se maintient les jours suivants; mais les selles sont toujours un peu dysentériques, ce qui retarde la convalescence, et fait qu'on n'augmente que très lentement l'alimentation. Le 8 septembre, il n'est encore qu'à une portion (l'alimentation normale dans les hôpitaux étant supposée de 5 portions depuis l'introduction du système décimal). A cette époque il dit bien aller; mais il se plaint d'une grande faiblesse, et de douleurs qui reviennent toujours dans les genoux. L'ictère a presque disparu. Le 11, on le renvoie comme guéri. Il est encore très faible et peut à peine se tenir debout.

Quel nom donner à cette manifestation morbide? Si la maladie, dans l'observation que nous avons rapportée plus haut, avait débuté comme ici par des douleurs des membres, par des crampes; si l'ictère ne fût venu comme ici qu'au bout de quelques jours, il y eût eu bien moins à hésiter qu'on ne l'a fait pour porter le diagnostic. Ici on ne pourrait, ce nous semble, se permettre la même hardiesse, surtout lorsqu'on songe que l'on est à Paris et non aux Antilles. Les douleurs générales, les crampes, et plus tard le développement de l'ictère, suffisent bien à eux seuls pour caractériser la fièvre jaune là où elle règne, soit endémiquement, soit épidémiquement; car les vomissements noirs manquent dans les cas bénins, et alors il n'y a pas de vomissements du tout, à moins qu'on ne les provoque, ainsi que M. Louis l'a observé à Gibraltar. Mais à Paris ces signes n'ont plus la même valeur.

Est-ce une fièvre bilieuse grave? Les pathologistes français de l'école de Paris n'admettent point la fièvre bilieuse pour nos climats. Ils décrivent dans leurs livres, d'après les auteurs anglais, la *grande endémique des pays intertropicaux* et la *fièvre méditerranée*, qui sont les fièvres bilieuses des pays chauds. Les descriptions varient suivant les localités, et il paraît même qu'il n'est pas toujours aisé, en pratique, de distinguer ces sortes de cas de ceux de fièvre jaune dans les pays où ces deux maladies sont endémiques.

Une de nos célébrités médicales actuelles a été prise cet été aussi d'une affection dont on a dit que celle du malade précédent était le calque. C'étaient les mêmes douleurs atroces, les mêmes crampes, plus des symptômes graves, les selles involontaires, etc. Cette affection a été qualifiée, par un des médecins hauts placés qui ont traité leur confrère, de *fièvre bilieuse grave*.

Nous terminerons ce sujet par une observation qui n'emprunte son intérêt qu'à la circonstance, et que l'on pourra appeler comme l'on voudra, soit fièvre bilieuse bénigne, soit fièvre continue ou ictère.

Obs. 3.—Le 11 août 1845, est entré dans le service de M. Rayer (Charité, salle St-Michel, 4) le nommé Jean Garner, serrurier, rue Jacques-de-Brosse, n° 8, né à Schweighausen (Bas-Rhin).

12. Cet homme, qui est d'une constitution assez forte, est abattu, couché sur le dos. Il a une teinte ictérique générale, bien prononcée, particulièrement aux sclérotiques et dans le dessous de la langue. Ses réponses sont fort lentes, mais d'ailleurs assez claires.

Il rapporte que le 9 il fut pris d'un frisson très fort, vers deux heures du soir, en travaillant. Il alla se coucher et continua de grelotter pendant deux bonnes heures dans son lit; il eut ensuite de la chaleur, mais pas de sueur. Il a été pris de dévoiement le soir et l'a gardé jusqu'à ce jour.

Dès le début il a eu de la céphalalgie; pas de vomissements, pas d'épistaxis: pas de douleur dans le ventre.

Aujourd'hui il a encore du dévoiement; sa peau est fraîche; 88 pulsations, d'une force moyenne. Pas de développement du foie. — M. Rayer porte pour diagnostic: fièvre continue avec ictère, et un pronostic sérieux.

Ajoutons que les urines donnent par l'acide nitrique une réaction ictérique bien sensible, quoique l'ictère soit peu intense. Les selles sont jaunes.

Prescr. Tartre stibié, 0,05.—Limonade.—Diète.

13. Le malade est encore abattu, fatigué, mais sans douleur. Il a vomi hier deux fois. Il dort mal la nuit. Selles jaunes diarrhéiques. Pas de ballonnement du ventre, mais du gargouillement. 72 pulsa-

tions d'un développement modéré, et régulières. Limonade, diète.

14. Le malade se trouve beaucoup mieux; il est sans fièvre et déjaunit. Il n'a pas eu de phénomène critique. L'état d'abattement est passé et ses réponses sont promptes. Il va tous les jours de mieux en mieux et sort guéri le 22.

De la cautérisation pharyngienne. — Cette méthode ou plutôt ce nouveau procédé de révulsion a été, il y a peu d'années, importé de Marseille à Paris par un médecin qui, dit-on, l'exploite en grand, et en fait une spécialité fort lucrative. La cautérisation pharyngienne se fait avec l'ammoniaque plus ou moins concentrée. Ce moyen restreint à un petit nombre de cas, particulièrement à l'asthme et aux dyspnées par emphysème, est un palliatif précieux qui procure aux malades un soulagement assez durable; on va même jusqu'à dire qu'il a quelquefois amené la guérison au bout d'un certain nombre d'applications. Mais cet agent ne produit d'heureux effets qu'à la condition d'être employé avec une grande prudence; autrement il peut en résulter des accidents graves qui, sans parler de leurs suites immédiates, ont encore pour résultat de discréditer un moyen que l'on doit soigneusement garder pour des maladies qui sont rebelles à tant d'autres. Les essais qui ont été pratiqués dans les hôpitaux n'ont pas toujours réussi et ont même souvent rebuté les malades parce que l'on employait l'ammoniaque liquide trop concentrée, ou parce qu'on portait le bourdonnet de charpie trop avant dans l'arrière-bouche et qu'on l'y laissait trop longtemps. Aussi M. Rayer, qui a été témoin tant des heureux effets que des inconvénients de cette méthode, suivant la manière dont elle est appliquée, recommande-t-il de ne pas enfoncer le bourdonnet de charpie jusqu'à ce qu'on soit arrêté par la colonne vertébrale, mais de se borner à une légère cautérisation palatine. Un cas dont nous avons été témoin dans son service nous a montré combien ses recommandations sont sages à cet égard.

C'était l'importateur même du procédé marseillais qui, cherchant à donner des preuves publiques de son savoir faire, avait demandé la permission d'en faire l'application sur un malheureux jeune homme hémiplégique atteint d'aphonie et déjà antérieurement épileptique. Le bourdonnet de charpie, le même que celui dont on se sert pour les cautérisations du col utérin, imbibé d'ammoniaque étendue d'un quart ou d'un cinquième d'eau, fut par lui porté jusqu'au fond du pharynx, lequel en fut comme badigeonné. Mais voilà qu'à peine le bourdonnet était retiré, notre homme est saisi de convulsions épileptiformes extrêmement intenses qui durent quelques minutes; puis, après un moment de relâchement, il est repris de convulsions tétaniques de tout le corps; le tronc fait l'arche de pont; cette scène dure plus de dix minutes. Tout le monde était dans une vive inquiétude sur ce qui pouvait arriver, et l'on mit des sinapismes aux pieds du malheureux qui venait de faire le sujet de cette fâcheuse expérience. Cet accident n'eut du reste pas d'autre suite.

Comme l'a fait observer le chef de service, qui regrettait alors d'avoir accordé son consentement à l'expérimentation, la leçon doit au moins profiter aux autres. Voilà donc un homme qui fait presque sa spécialité de cette méthode, et cependant il lui arrive un accident qui pouvait devenir formidable parce qu'il a badigeonné trop profondément et trop longtemps le pharynx; l'alcali volatil se dégageant a plongé dans les voies aériennes et causé un spasme de la glotte d'abord, puis ensuite des spasmes généraux. Que serait-ce donc si ce moyen était manié par des personnes inattentionnées?

On devra donc, non pas abandonner pour cela la cautérisation ammoniacale qui peut être d'un fort grand secours, mais la pratiquer avec prudence, tâter la susceptibilité de son malade, et débuter par l'application au haut de la voûte palatine.

Injection iodée dans le genou. — Époque de la résorption. Ces jours derniers, M. Velpeau a traité par l'injection iodée un jeune homme atteint d'hydarthrose ancienne du genou gauche. Nous ne nous ocuperons pas ici de la valeur de cette méthode qui a été déjà employée par M. Bonnet de Lyon et dont nous avons fait mention dans le temps.

Nous voulons seulement appeler l'attention sur un point curieux de physiologie et qui présente également de l'intérêt sous le point de vue de la pratique médicale, savoir, le temps que met à se résorber à l'intérieur un agent toxique comme l'iode injecté dans nos tissus. Si la résorption est rapide, il peut, on le conçoit, en résulter des accidents sérieux, et cela s'est vu pour des kystes du cou. Si elle est lente, il n'y a rien à craindre.

Le cas opéré par M. Velpeau était fait pour favoriser l'étude de cette question; car, après avoir injecté dans l'articulation malade un tiers de teinture d'iode pour deux tiers d'eau en volume, M. Velpeau n'a pu faire ressortir qu'une quantité très minime de cette injection, sans que l'on puisse trop savoir pourquoi. M. Velpeau s'en est peu inquiété, sa pratique habituelle étant de laisser toujours dans l'opération de l'hydrocèle une partie du liquide injecté dans le kyste.

Le jour même, on a examiné les urines pour voir si elles ne contenaient pas d'iode. L'expérience est facile. Il suffit pour cela de tremper dans une très petite quantité d'urine un morceau de papier ordinaire qui, étant collé, contient de la fécule; on touche ensuite la partie imbibée avec un peu d'acide nitrique. Si l'urine contient de l'iode, le papier bleuit. Le premier jour il n'y a pas eu de réaction iodique chez notre opéré; mais il y en a eu le second et le troisième jour. L'absorption a donc été lente, et par conséquent sans danger.

Pellagre. — Il vient de mourir à la Charité,

dans le service de M. Rayer, une femme affectée de pellagre. Cette femme était depuis longtemps atteinte des divers symptômes qui caractérisent cette affection: faiblesse des membres inférieurs, douleurs dorso-lombaires, diarrhée, diminution de l'intelligence, etc. La maladie avait été méconnue jusqu'à son entrée dans le service de M. Rayer. Il faut aussi dire que le symptôme dermatologique essentiel, l'érythème, ne s'est montré que deux mois avant la mort. Cette femme a succombé à une péricardite. Nous donnerons cette intéressante observation avec détail dans le prochain numéro. Nous parlerons aussi du livre important que M. Th. Roussel vient de publier sur la pellagre.

MÉDECINE PRATIQUE.

II. Remarques sur les fièvres marécageuses des pays tempérés.

Il est très important, lorsqu'on concentre toute son attention sur une question scientifique, de ne pas perdre de vue les idées générales sous l'influence desquelles on travaille. Il faut aussi être convaincu que l'esprit obéit toujours à une théorie, à une doctrine, vraie ou fausse, et que dans ses recherches, dans les expériences qu'il poursuit, et enfin dans les résultats auxquels il atteint, il ne fait que saisir et exprimer des rapports qui ont leur point d'origine et leur raison d'être dans des principes généraux dont il peut méconnaître la portée et la valeur, mais dont il subit forcément le joug. Qu'il s'agisse d'une catégorie de maladies, ou d'une maladie en particulier, la même chose a lieu, et c'est pour avoir négligé ces notions si simples de philosophie médicale que tant de médecins se sont jetés dans un véritable chaos de faits et d'expériences qui n'aboutissent nécessairement à aucune conclusion. Certes les travailleurs ne manquent pas: dans toutes les directions le champ de la science est labouré, remué; mais, manquant de but nettement posé et compris, et prenant l'observation pour une méthode première, au lieu de ne la considérer que comme un moyen de vérification, la plupart n'arrivent qu'à des résultats faux ou contradictoires comme les procédés scientifiques qu'ils emploient.

Cependant, des hommes d'une instruction profonde, d'un jugement sévère et exercé, reconnaissent et conviennent que la science actuelle achève une période de doute, de transition, et qu'il faudra encore bien des tâtonnements, bien des efforts avant qu'il soit possible de reconstruire l'édifice médical sur de plus larges bases. Cette opinion rallie à elle les analogies les plus légitimes, disons mieux, les preuves les plus évidentes; mais elle ne peut être admise par tous, tant le positif, et par suite le vrai, répugne à certaines natures. Les médecins qui considèrent une maladie comme un problème de géométrie, et qui, forts de leurs formules algébriques, convertissent les moyens thérapeutiques en véritables knouts, ne peuvent croire à un temps d'arrêt de la science, quelque court qu'il soit. Ensuite il faut tenir compte de ces esprits ardents, aux ailes rapides, au vol audacieux, qui planent, tandis que nous rampons. Pour eux, l'espace est réellement sans limites, et leurs regards perçants découvrent des horizons inconnus là où nous croyons toucher aux bornes du monde. Législateurs méconnus, mais rigoureux, les uns et les autres posent des axiomes, dressent des proportions et établissent des lois. Sans être doué d'une bien grande prévoyance, on peut déjà prédire que nous posséderons bientôt les tables de Moïse: alors, sans doute, un nouveau peuple juif surgira pour transmettre aux générations futures l'unité de leur foi médicale.

Terminons, enfin, ces réflexions en disant que, pour comprendre une question médicale dans toutes les parties, pour étudier et suivre avec fruit une maladie, pour la perfectionner, avec certitude, dans la connaissance de son diagnostic et dans ses moyens de traitement, il est indispensable, non-seulement de s'appuyer sur l'observation, ainsi que sur l'anatomie et la physiologie, mais encore de s'inspirer à une véritable méthode scientifique. Alors seulement on peut déduire l'ordre de succession des symptômes et espérer un jour saisir leur loi de génération. Ces idées sont loin d'être nouvelles, il s'en faut même de beaucoup, mais nous croyons qu'il y a profit à les rappeler. Quant à l'influence des données générales, primordiales en quelque sorte, dont l'utilité nous semble incontestable, quoique contestée, elle se fait sentir partout, et sert à expliquer une foule de faits particuliers. Prenant pour exemple la maladie dont nous allons parler, les fièvres intermittentes, ou mieux, les fièvres marécageuses, il serait facile de prouver, en remontant à son historique, que les idées que Boerhaave, Bellini, J. Franck, Pinel, Broussais, etc., professaient sur la nature et le traitement de cette affection, n'étaient qu'une conséquence forcée des doctrines générales dont ces illustres maîtres étaient imbus. Avouons cependant notre embarras: il nous est difficile de comprendre, et par suite d'expliquer, tout en tenant compte du désir désordonné de localiser, l'opinion qui fait de la rate le siége des fièvres de marais. On nous objectera sans doute que les petites causes engendrent parfois de grands effets, et que la chute d'une pomme fit, dit-on, découvrir à Newton les lois de la gravitation, espérant nous amener à admettre aussi que la chute d'un homme sur la région splénique a suffi pour faire découvrir le véritable siége de l'affection dont nous nous occupons. Malheureusement un scrupule honorable nous arrête, et nous arrêtera, nous le craignons, longtemps encore avant d'accepter cette hypothèse avec toutes les prétendues vérités qui en découlent: c'est que si les causes sont ici de même nature et de même valeur, on n'en peut pas dire autant des effets.

Quoi qu'il en soit, un fait important à constater, c'est que les esprits sont aujourd'hui tour-

nés vers des idées d'humorisme plus saines, mieux assises, et appuyées sur des travaux d'une grande portée. Cette nouvelle direction, en ouvrant à la science une voie plus large, en lui imprimant un caractère plus général, et par conséquent plus vrai, a puissamment corroboré l'opinion qui assimile les fièvres marécageuses à un empoisonnement miasmatique, et qui place dans l'infection des liquides le véritable siége de cette affection.

M. Boudin a avancé qu'il existe un rapport rigoureux entre l'intensité du dégagement de la matière miasmatique et le type de la fièvre, rapport tel que la progression dans la dose du miasme entraîne une progression correspondante de type de plus en plus continu de la maladie. Ainsi le type tierce, qui domine dans le nord de l'Europe, est dominé lui-même dans les pays chauds par les types quotidien, rémittent et continu. Nous adhérons complètement à cette proposition de M. Boudin, et nous la croyons fondée en raison et en fait. Les idées que cet honorable confrère professe sur les fièvres intermittentes n'ont sans doute pas tout l'à-propos de la nouveauté; c'est ainsi qu'on retrouve positivement dans Torti la distinction des fièvres marécageuses en intermittentes, rémittentes et continues; en cherchant même un peu, on arriverait peut-être à saisir dans son immortel ouvrage le germe de plus d'une idée qui a fait fortune, dans nos temps modernes, présentée et acceptée comme une découverte. Toutefois, il y a du mérite, et même beaucoup de mérite, à avoir réhabilité des idées qui ont une valeur incontestable. Le travail de M. Boudin, où abondent, il faut le reconnaître, beaucoup d'assertions sans preuves, présente un côté vraiment neuf, sur lequel on ne saurait trop insister. Après avoir résumé la pathogénie des fièvres marécageuses, étudié la nature du sol et son mode d'action, consulté l'influence des fluides impondérables, et enfin interrogé les affections qui, par leur origine, leur marche et la succession de leurs symptômes, présentent avec elles des analogies frappantes, M. Boudin est arrivé à émettre une hypothèse qu'il a développée dans sa théorie de l'intoxication paludéenne, hypothèse qui, n'en déplaise à certain critique des *Archives*, explique d'une manière plus satisfaisante l'évolution symptomatologique et offre une grande portée pratique, puisqu'elle a été vérifiée au contact des faits. Nous en appelons ici aux médecins qui ont observé des fièvres intermittentes, non pas, entendons-nous, à Paris, mais dans les endroits où elles sont endémiques, et par conséquent, nous avons besoin d'appuyer sur ce mot, où elles sont réellement d'origine marécageuse.

M. Boudin, enfin, a grandement contribué à renverser la doctrine des types; il n'est plus, en effet, permis aujourd'hui d'étudier une maladie en naturaliste en quelque sorte, et de n'avoir égard qu'à son type, qu'à la forme; il faut avant tout, autant que possible, s'assurer de sa nature. Nous nous empressons, et avec d'autant plus de plaisir, de rendre justice à ce médecin distingué, que nous différons complètement d'opinion avec lui sur plusieurs questions qu'il a soulevées dans différents écrits, et qu'il a traitées, il faut le dire, avec autant d'érudition que d'habileté. Nous aurons, du reste, l'occasion de nous expliquer plus au long dans le cours de ce travail.

Un fait qui nous semble hors de toute contestation, c'est que dans les pays chauds marécageux, et par conséquent où les fièvres intermittentes sont endémiques, les fièvres continues graves, quelle que soit leur forme, reconnaissent pour la plupart la même cause, accusent la même nature et exigent le même traitement, modifié nécessairement suivant les cas et les indications individuelles, que les fièvres intermittentes ordinaires. Mais en est-il de même pour les fièvres continues des pays tempérés marécageux? Dans ces mêmes pays, les fièvres d'origine paludéenne peuvent-elles, de prime abord, revêtir le type continu? M. Nepple dit que, dans les années très chaudes, les fièvres de marais sont violentes et débutent souvent par le type rémittent et même par le type continu. De plus, ces fièvres d'origine paludéenne peuvent-elles, sous l'influence de circonstances données, passer du type intermittent tierce ou quotidien au type continu, et en imposer pour une maladie analogue à celles qu'on rencontre dans les pays tempérés non marécageux? Pringle, dans ses observations sur les maladies des camps et des garnisons, dit, en parlant des symptômes des fièvres rémittentes ou intermittentes des pays bas et marécageux, que ces fièvres sont, non-seulement sujettes à commencer avec peu de rémission, mais encore, après avoir été intermittentes pendant quelques jours, à devenir des fièvres continues d'une nature dangereuse. Or, Pringle pratiquait à cette époque dans les Pays-Bas, et ne fait mention d'aucune affection locale pour expliquer cette continuité. Il nous a donc paru utile et intéressant en même temps de rechercher si les maladies, si les fièvres des pays tempérés à marais suivent la même progression, manifestent la même marche et la même transformation, sauf l'intensité et la fréquence, que les fièvres des pays chauds marécageux. Nous n'avons trouvé dans les auteurs que des assertions, et non pas des faits présentés dans le but de cette démonstration. Nous poserons le problème à résoudre de cette manière : dans les pays tempérés marécageux, les fièvres intermittentes, comme dans les pays chauds à marais, peuvent, sans changer de nature et seulement sous l'influence de deux ordres de causes, les unes permanentes, les autres purement accidentelles, débuter par la continuité ou passer du type tierce ou quotidien au type continu; l'absorption d'une plus forte dose de miasme paludéen expliquant et produisant cette continuité, à l'exclusion de toute affection ou phlegmasie locale.

Les faits qui vont servir à ce travail ont été recueillis lors de l'épidémie de fièvres intermittentes qui sévit, de 1843 à 1844, sur le 37e

de ligne. Ce régiment, en quittant la garnison de Toulouse, le 11 juillet 1843, présentait un état sanitaire satisfaisant. Appelé dans le département de la Charente-Inférieure, il reçut l'ordre d'occuper les endroits suivants : la Rochelle, Rochefort, Brouage, l'île d'Oleron, Saintes ; un détachement fut ensuite envoyé à Blaye et à Bordeaux. A cette époque, l'épidémie se déclara avec une intensité telle, que, de l'inspection de 1843 à celle de 1844, on a compté 26,000 entrées à l'hôpital sur un effectif total d'environ 1,400 hommes.

L'épidémie eut deux périodes : l'une aiguë ou de première invasion, qui commença dans le mois de juillet et se termina à la fin du mois d'octobre, l'autre de rechutes, dont nous ne pouvons déterminer la durée. N'étant pas au régiment lorsque l'épidémie se montra, nous ne parlerons que des cas aigus et que des rechutes qui se sont présentés à notre observation dans les différents détachements où nous avons été appelé à faire le service, soit à la première période, soit dans le courant de la seconde.

Détaché à Bordeaux avec quatre compagnies dont l'effectif montait à 206 hommes, nous avons compté, du 20 octobre 1843 au 26 avril 1844, date de notre départ pour Blaye, 154 fiévreux entrés à l'hôpital. De ce nombre font partie dix cas de fièvre intermittente de première invasion, contractée à Bordeaux même ; ces derniers malades avaient échappé à l'épidémie de la Rochelle. Nous n'avons pas fait rentrer dans le chiffre cité plus haut plusieurs sous-officiers atteints, qui nous prièrent de les traiter à la chambre au lieu de les envoyer à l'hôpital.

Voici maintenant, en résumé, les observations que nous avons faites, soit à Bordeaux, soit ailleurs.

Dans aucun cas nous n'avons vu l'accès débuter brusquement. Toujours, en consultant avec patience les malades, nous sommes parvenu à constater que la veille, l'avant-veille, et même quelquefois deux ou trois jours avant l'accès, ils avaient éprouvé du malaise, de la faiblesse, de l'inappétence, de la soif, de la céphalalgie, des nausées, des vomissements bilieux même, mais sans douleur abdominale ni épigastrique.

M. Nepple, qui a observé les mêmes symptômes précurseurs, est porté à croire qu'ils annoncent l'introduction du miasme paludéen dans l'économie. Cette conjecture nous paraît fondée.

Chez presque tous les malades, mais surtout chez ceux qui avaient la fièvre pour la première fois, les accès étaient précédés, accompagnés et suivis de douleurs excessivement vives dans les membres, dans les articulations, et chez un certain nombre ces douleurs devenaient parfois intolérables.

Nous aurions désiré faire des recherches sur la température du corps pendant l'apyrexie et pendant l'accès, en prenant pour guide celles qu'a entreprises M. Gavarret ; malheureusement les circonstances ne nous ont pas été favorables.

Chez tous les malades qui avaient eu antérieurement des accès, nous avons constaté une hypertrophie de la rate. Aucun de ceux qui contractèrent pour la première fois la fièvre à Bordeaux, à Blaye ou à Saintes, ne nous présenta un développement anormal de cet organe.

Nous savons qu'il n'est pas facile de bien mesurer les dimensions de la rate ; cependant nous pouvons assurer nous être livré à ce travail avec tout le soin possible. Parmi ceux qui comptèrent huit et dix rechutes dans l'espace de six mois, quatre seulement nous présentèrent ces développements énormes de la rate que les paysans de la Charente-Inférieure appellent des tourteaux. Aucun enfin ne nous a offert d'induration partielle pouvant indiquer quelque dégénérescence de cet organe. Quant à la douleur ressentie, spontanément ou à la pression, à la région splénique, très peu nous l'ont offerte, même pendant l'accès. Nous avons déjà pu voir bien des cas de fièvre intermittente en Afrique, en Corse, en France, et nous avouons franchement n'avoir jamais compris comment on pouvait faire de la rate le siége de cette affection. Quoique nous ne soyons pas un personnage de grande importance, ce serait cependant une belle conversion à opérer, et nous nous permettons de la recommander à M. Piorry.

Nous avons constaté dans un très grand nombre de cas, et surtout chez les hommes qui avaient rechuté, un certain nombre de symptômes qui auraient pu faire croire à une gastro-entérite ou à une gastro-hépatite, comme complication et même comme cause des accès : ainsi, inappétence, avec soif vive, quelque fois douleurs abdominales, vagues, mal réparties, faciles à supporter : ces cas étaient les plus rares ; vomissement de matières bilieuses, langue sèche, rouge, avec un visage à gastrite. Nous sommes aussi porté à penser que cette rougeur n'est, le plus souvent, qu'un phénomène d'hypérémie déterminé par les troubles de la calorification et de la circulation ; mais ces symptômes, étudiés au point de vue de la fièvre intermittente qui les avait précédés, rapprochés des signes caractéristiques des affections de nature phlegmasique dont ils n'avaient pris que le masque en quelque sorte, nous ont paru n'être que le résultat d'une hypérémie plus ou moins intense d'organes qui accusaient ainsi le contre-coup morbide des troubles qu'avaient ressentis, dans leur action normale, les deux fonctions importantes que nous avons déjà citées. Sans au un doute, ces hypérémies peuvent, dans certains cas, et c'est surtout ce qu'on observe dans les pays chauds, faire craindre une terminaison prompte et mortelle, ou à la longue amener des inflammations longues et rebelles ; mais, le plus ordinairement, dans les pays tempérés elles ne présentent pas ce danger. Elles disparaissent avec la fièvre et reviennent avec elle ; quand elles persistent, on est presque assuré que la

fièvre ne tardera pas à reparaître. Nous avons vu des médecins considérer cet ensemble de symptômes comme la cause des accès et employer les antiphlogistiques ; mais la fièvre reparaissait avec le même cortége, et force était alors de recourir aux préparations de quinine qui seules rétablissaient l'équilibre.

Les accidents consécutifs, hydropisie, diarrhée, etc., ont été en très petit nombre, 4 sur près de 200 malades ; et nous n'avons eu qu'un seul mort sur 154 fiévreux à Bordeaux. Nous savons d'une manière positive que les mêmes résultats ont été constatés dans les autres détachements, au moins jusqu'à la date du mois de septembre 1844. Un sergent-major qui avait éprouvé de nombreuses rechutes eut, à Bordeaux, une sciatique larvée. Un officier qui avait contracté la fièvre à l'île d'Oleron vint à Saintes où, malgré les précautions les mieux entendues, il rechuta. Appelé auprès de lui, il nous déclara qu'à Oleron il était, lors de chaque accès, fatigué par une toux très douloureuse. Présent, en effet, à un de ses accès, nous pûmes facilement constater qu'il ne s'écoulait pas cinq minutes sans qu'il ne fût pris d'une toux excessivement vive, comme convulsive, accompagnée de crachats muqueux, filants, sans douleur fixe dans la poitrine. La percussion et l'auscultation ne nous donnèrent aucun résultat. L'accès passé, la toux disparaissait. D'une susceptibilité nerveuse très prononcée, cet officier ne pouvait, par la bouche, supporter la moindre dose de sulfate de quinine. Cette toux, sans aucun doute, doit être attribuée à un trouble de l'innervation : P. Franck, si nous ne nous trompons, a rapporté un cas semblable. Nous avons noté, surtout à Saintes, chez un assez grand nombre de convalescents, un phénomène assez singulier, c'était un affaiblissement graduel de la vue, une véritable héméralopie, sans aucun des symptômes qui accompagnent ordinairement cette forme d'amaurose, survenant après le coucher du soleil. Nous savons positivement que notre chirurgien-major à cette époque, M. Dissez, a fait la même remarque. Le lendemain, à la visite, la vue était complètement rétablie. Le 2 juin, entre autres, sur douze convalescents qui se trouvaient à l'infirmerie, cinq présentaient ce phénomène ; tous comptaient de nombreuses rechutes. Quelques lotions d'eau blanche suffirent pour le dissiper. Etait-ce là un effet de l'emploi longtemps prolongé des préparations quininées ? ou bien était-ce un trouble purement nerveux de la vision dû à cette susceptibilité excessive que contracte l'organisme après toute longue maladie, trouble de l'innervation affectant, comme la maladie primitive dont il dépendait, une marche intermittente ? Nous penchons pour cette dernière explication.

Jusqu'à présent les relevés statistiques que l'on possède sur la fréquence relative du type des fièvres et sur les causes qui peuvent la faire varier n'ont pas une grande valeur : les différents auteurs qui en ont parlé n'offrent que contradiction et désaccord. C'est ici surtout qu'apparaît dans ses plus mauvaises conséquences cette monomanie des docteurs modernes de considérer les faits isolément, dégagés de toute idée première, de les réunir, de les grouper en colonnes serrées, de les chiffrer, d'en faire sortir, bon gré mal gré, une statistique, enfin de ne voir que le côté brut et numérique des questions médicales. Ainsi la question des types, traitée par les Barême de la science, n'a fourni aucune donnée pratique ; M. Boudin, en se plaçant à un autre point de vue, en partant d'une hypothèse, est arrivé à des résultats, contestables sans doute, mais qui présentent une utilité qu'on ne peut nier. Ainsi ce médecin s'est demandé si l'élévation de température, et par suite un plus grand dégagement du miasme paludéen, ne devaient pas tendre à rapprocher les accès, à effacer les types, enfin à produire une véritable continuité. Et cette manière de voir a trouvé sa vérification dans l'énumération des faits de fièvre intermittente observés jusqu'ici dans les pays à fièvres et les contrées marécageuses. Pour notre part, nous sommes, comme nous l'avons déjà dit, tout-à-fait de cet avis. Nous avions dressé un petit tableau contenant les 154 cas de fièvre observés à Bordeaux, tableau partagé en cinq colonnes indiquant chacune le mois, le type de la fièvre et l'ordre de fréquence. Mais, en réfléchissant, nous l'avons négligé ; car, pour qu'il pût avoir quelque valeur, il aurait fallu y joindre des observations météorologiques faites avec toutes les précautions voulues, conditions qu'il ne nous a pas été possible de remplir. Quoi qu'il en soit, voici ce que nous avons constaté à Bordeaux en 1843. Les mois de novembre, décembre et janvier, mais surtout les deux derniers, ont été très pluvieux : février a été sec, et nous n'avons guère compté, dans ces quatre mois, plus de dix ou douze jours de gelée et de froid un peu intense. Quant aux mois de mars et avril, ils ont été très chauds. Il est rare que la température, à Bordeaux, soit aussi élevée à cette époque. A la fin de mars et dans le courant d'avril le thermomètre a parfois, à l'ombre et à midi, marqué 26 et 28° cent. Nous ne croyons pas exagérer. Or, comme conséquence directe, à notre avis, nous avons constaté qu'à mesure que la température s'élevait, la fièvre changeait de type, les tierces devenaient quotidiennes, quelques-unes même continues ; enfin la confusion des types, dans certains cas, était évidente. Ainsi, en novembre, sur 33 fièvres, nous comptons 21 tierces et 12 quotidiennes ; en mars, sur 32 fièvres, nous avons 10 tierces et 20 quotidiennes, et, sur ces 20 dernières, nous avons la conviction que quatre, au moins, étaient continues ; seulement nous n'osons positivement affirmer, car une vérification complète nous a échappé. La fièvre marécageuse règne endémiquement, mais avec une intensité moindre qu'autrefois, à Bordeaux et dans presque tout le Bordelais. De plus, ce qui augmenta le nombre et la gravité de nos fièvres, c'est que nos soldats, à compter du mois de mars, allèrent, le matin, à cinq heu-

res, faire l'exercice aux Quinconces. Or, ce champ de manœuvres, à quelques pas de la Garonne, est situé près d'endroits qui renferment des substances végétales en putréfaction. Arrivons maintenant au point sur lequel nous désirons surtout attirer l'attention. MM. Laveran, Maillot, Boudin ont cité des cas de fièvres marécageuses continues dans les pays chauds; nous avons constaté des cas semblables à Calvi (Corse) lors de l'épidémie de 1841. Nous rappellerons, entre autres, le domestique de M. Paoli, procureur du roi : cet homme fut atteint d'une fièvre marécageuse continue dont les symptômes, par une perfide continuité, simulaient si bien une affection continue des pays non marécageux, qu'un jeune praticien de la ville, qui exerçait depuis plus de quatre ans dans un pays qu'il aurait dû cependant connaître, puisque la fièvre intermittente y est endémique et quelquefois épidémique, crut avoir affaire à une affection locale, à une gastro-entérite grave. Les antiphlogistiques employés échouèrent complètement. L'état du malaise s'aggravant et faisant craindre une terminaison funeste, nous fûmes appelé par notre confrère. N'ayant égard qu'à la nature des maladies régnantes, et d'ailleurs les émissions sanguines ayant été inutiles et même nuisibles, nous employâmes, empiriquement, et, en désespoir de cause, le quinquina, à haute dose, en lavements, car le malade vomissait même les tisanes qu'il prenait. Quelques jours après, à notre grande joie, ce malade était tout-à-fait rétabli.

Nous avons observé, dans la Charente-Inférieure, à Saintes, des fièvres marécageuses continues; nous dirons plus bas sous l'influence de quelles causes elles se sont déclarées, mais il nous est impossible de les rendre en chiffres et par conséquent d'en établir la proportion relativement aux cas de fièvre intermittente affectant le type quotidien, tierce, quarte, etc. C'est une faute que nous nous empressons de reconnaître. Nous ne pensons mieux faire qu'en rapportant l'observation suivante qui résume dans un tableau fidèle et vrai tous les autres faits que nous avons été à même de constater.

Obs.—Deux officiers tombèrent malades à Saintes au milieu du mois de juin, à deux jours d'intervalle. L'un avait fait un assez long séjour antérieur à Rochefort, où jamais il n'avait été atteint de fièvre; à Saintes depuis un mois environ, nous croyons qu'il avait rapporté de Rochefort le germe de la fièvre, qui n'éclata que dans la première de ces deux villes; l'autre n'avait jamais été malade depuis son entrée au service. Tous les deux nous présentèrent des symptômes exactement semblables, sauf cependant l'intensité; or, cette intensité plus grande qui se montra chez celui qui, antérieurement, avait séjourné à Rochefort, s'explique fort bien en admettant l'absorption d'une dose plus considérable du poison paludéen, puisque cette ville est connue de longue date par la fréquence et la gravité de ses fièvres miasmatiques. Voici ces symptômes. Notons auparavant que nos deux malades se plaignirent, deux ou trois jours avant de garder la chambre, d'inappétence, mais surtout d'un mal de tête assez vif. Le 11 juin au matin, malaise, engourdissement, fatigue et lassitude générales, frissons irréguliers, pouls vif, accéléré, peau brûlante, céphalalgie frontale opiniâtre et intense, insomnie, nausées, puis vomissements de matières bilieuses, inappétence, soif peu prononcée, urines rouges et troublées, rien du côté du thorax, rien d'anormal dans le volume de la rate, douleur abdominale tout-à-fait nulle, même à une pression un peu forte; un peu de constipation. Vers la fin du jour, sueurs assez abondantes, céphalalgie plus douloureuse encore. Le 16, mêmes symptômes, mais plus intenses; fatigue et lassitude extrêmes, abattement de forces considérable; c'est avec beaucoup de peine que ces malades répondent à nos questions; la figure pâle et tirée exprime l'anxiété. Rien du côté de l'abdomen, les vomissements ont même cessé; impossibilité complète de saisir la moindre rémission. Nous les visitons plusieurs fois dans la journée, et nous ne pouvons douter avoir affaire à une affection réellement continue. Les émollients, le repos et le régime nous paraissent insuffisants : nous trouvant dans ce pays à l'époque des chaleurs, et prenant en considération la nature miasmatique de la plupart des maladies régnantes, nous n'hésitons pas à administrer une potion quininée à la dose de 12 décigrammes à l'un et de 10 à l'autre. Trois jours après, nos malades étaient sur pied : il ne leur restait qu'un peu de faiblesse, et, le 1er juillet, leur rétablissement était complet.

Il est une objection qu'on a souvent faite, qu'on fait encore aujourd'hui, et à laquelle nous allons répondre. La continuité de ces fièvres, que vous attribuez à une dose plus forte de poison paludéen introduit dans l'économie, ne dépendrait-elle pas, au contraire, d'une gastro-entérite, d'une hépatite, etc., etc.? Nous croyons que cela peut être vrai dans un certain nombre de cas, et nous en avons vu nous-même un exemple chez un sous-officier qui, à la suite d'une fièvre intermittente quotidienne contractée à la Rochelle, et de nombreuses rechutes, nous présenta, à Bordeaux, une gastro-hépatite grave, avec fièvre continue et accès irréguliers: ici la complication était évidente et l'explication de la continuité facile à donner, mais nous nions que cette proposition puisse se justifier d'une manière générale, dans les cas aigus, même pour les pays marécageux tempérés. La continuité incontestable de la fièvre ne peut trouver sa raison d'être dans l'existence d'une lésion locale; il faudrait la forger, car elle n'existe pas; force est donc d'aller au delà et d'invoquer l'intervention du miasme introduit; des faits déjà nombreux le prouvent, et, d'ailleurs, les analogies qui résultent du rapprochement des fièvres miasmatiques avec les affections produites par certains poisons, tels que

le plomb, etc., témoignent encore de la justesse de cette manière de voir. Quant à l'opinion soutenue encore dans ces derniers temps par M. Riestchel, un de nos studieux confrères, qui admet que la perniciosité n'est pas un caractère des fièvres intermittentes portées à un plus haut degré, mais qu'elle dépend des complications étrangères à la fièvre elle-même, formées en même temps ou avant elle, cette opinion, dis-je, n'est plus soutenable. Avec ces idées et leur rigueur absolue, on est dans le faux, et la pratique en reçoit le contre-coup. D'ailleurs, n'est-il pas admis qu'une fièvre intermittente pernicieuse, et nous en avons vu un exemple à Constantine, peut enlever un malade dans l'espace de quelques heures? Qu'a-t-on trouvé, dans certains cas, à l'autopsie? rien ou presque rien. Que devient alors la complication? Nous irons même plus loin, et nous soutiendrons que, dans tous les cas où on a constaté une hypertrophie de la rate, à la suite d'une fièvre intermittente miasmatique, cette hypertrophie ne se maintenait telle que parce que la fièvre existait encore, soit avec un type changé, soit plus souvent sous forme insidieuse, continue, difficile à saisir. En dirigeant le traitement dans le but d'obtenir la guérison de la rate, qu'on nous permette cette expression, on a interverti le rapport de cause à effet. Les préparations quininées n'ont pas une action élective sur la rate hypertrophiée; elles agissent spécifiquement contre le miasme paludéen, et c'est en détruisant la fièvre ou le germe encore restant de la fièvre qu'elles dissipent, mais indirectement, les congestions spléniques.

Nous ne discuterons pas la loi d'antagonisme entre les fièvres intermittentes et la phthisie pulmonaire : nous dirons seulement qu'il est impossible de voir dans les lois trop pompeusement posées par M. Boudin autre chose que de simples rapports de coïncidence. Des faits, d'ailleurs, qui, chaque jour deviennent plus nombreux, ont déjà dépouillé ces idées du prestige trop flatteur qu'on leur avait prêté.

Il est enfin une dernière question à laquelle nous pouvons toucher ici, c'est celle de l'époque de latence. Cette question nous paraît très difficile à résoudre, et d'une importance extrême, eu égard aux idées qu'a soulevées M. Boudin; cependant elle ne nous semble nullement en voie de solution.

M. Boudin (*Essai de géographie médicale*, page 64), après avoir rapporté les opinions de quelques auteurs qui offrent le plus parfait désaccord, termine en disant : Pour notre part, et en consultant les nombreuses observations que nous avons pu faire en France à des époques différentes, et en des lieux exempts de fièvre d'accès, sur des hommes venus de la partie marécageuse de la Corse, de la Morée et de l'Afrique, nous n'hésitons pas un instant à déclarer que la période de latence de l'intoxication des marais est susceptible de se prolonger au delà de dix-huit mois.

Nous regardons, pour notre part, cette assertion comme une énormité médicale qui ne repose sur aucune base solide. Jusqu'à démonstration plus complète, jusqu'à exhibition de faits et d'observations détaillés, nous nous refusons à aller au delà de deux mois, ce qui est encore beaucoup, car MM. Monneret et Fleury eux-mêmes n'admettent qu'un mois. M. Boudin a dû se laisser tromper par les prétendues lois d'antagonisme qu'il a posées, car M. Boudin est un médecin trop instruit pour croire qu'on puisse accepter un tel principe les yeux fermés. Avancée de cette manière, cette assertion est d'une élasticité qui le dispute au caoutchouc lui-même. Ainsi M. Laveran, le premier, par les symptômes et par les résultats de l'autopsie, a démontré l'existence de la fièvre typhoïde en Afrique, dans la province d'Alger, et chez des hommes qui avaient, en moyenne, un peu plus de quatre mois de séjour; l'existence de la fièvre typhoïde en Afrique porte un rude coup à la loi d'antagonisme : or, admettez un an, six mois même de période de latence, et la loi sort victorieuse. Jusqu'à preuve complète du contraire, nous n'admettrons que deux mois pour la période de latence de l'intoxication miasmatique, et nous croyons encore être de facile composition.

Nous allons brièvement énumérer les causes sous l'influence desquelles ont éclaté les fièvres dont nous venons de parler, puis nous conclurons.

Chacun sait que le département de la Charente-Inférieure renferme beaucoup de marais: il nous paraît donc superflu de prouver que les fièvres intermittentes et continues dont nous avons parlé sont réellement d'origine miasmatique. Nous pourrions, d'ailleurs, pour de plus amples renseignemens, renvoyer à la statistique de ce département, et au 55e volume du *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, qui contient un travail de M. le docteur Godelier sur la salubrité des garnisons de la Charente-Inférieure. Ce travail ne dit rien de Saintes, et cette omission est fâcheuse à notre avis, car elle tend à accréditer cette opinion que Saintes est le paradis en quelque sorte de la Charente-Inférieure. Nous possédons la topographie médicale de cette ville, et il nous serait facile de prouver, en la donnant, qu'il n'en est rien. Nous nous contenterons d'affirmer qu'à Saintes, et surtout dans les environs, les affections miasmatiques sont endémiques. Sans aucun doute cette ville l'emporte, et de beaucoup, par sa salubrité, sur la Rochelle, Rochefort, Brouage, etc.; mais il n'en est pas moins vrai, contrairement à ce qu'on a très souvent avancé, qu'elle offre un assez grand nombre de fièvres intermittentes dues positivement à des influences marécageuses. Depuis quelques années surtout, et sous l'empire de causes que nous noterons tout à l'heure, et qui ont pris un accroissement insolite, ces affections ont présenté et plus de fréquence et plus de gravité.

Qu'on nous permette, avant de finir, de

donner quelques renseignements sur la nature du sol et les conséquences qui en résultent pour la salubrité de l'air.

Il est admis aujourd'hui que le degré de salubrité d'un pays se trouve en général déterminé par la nature et le plus ou moins de perméabilité du sol.

L'insalubrité ne vient pas des amas d'eaux recouvrant le sol ; car, toujours recouvertes d'une certaine masse d'eaux, les laisses de la mer formeraient des lacs, des étangs, et la santé n'en souffrirait pas; mais, tantôt desséchées, tantôt inondées, ces laisses forment des marais. Or, la formation des marais reconnaît le plus souvent pour cause des plateaux argilo-siliceux, dont le sous-sol, ne laissant pas passer les eaux, produit, surtout dans les années sèches, des émanations funestes. Ce fâcheux effet n'a pas lieu dans les pays calcaires. En effet, un tableau qui a été fait des décès qui ont eu lieu dans un très grand nombre de communes du département de la Charente-Inférieure dont le sol est calcaire, comparé à celui des décès dans beaucoup d'autres dont le sol argileux est abandonné à la nature ou mal desséché, montre des différences énormes en faveur du sol calcaire.

Mais c'est bien moins peut-être aux propriétés chimiques de la pierre qu'est due son action sanitaire qu'à la disposition des roches de cette nature. La partie supérieure de ces roches est presque toujours inégale et forme un sol ondulé, quoique les bancs dont elles dépendent soient souvent horizontaux; de plus, cette partie est surtout gercée de toutes parts : il y a donc là déclivité fréquente et perméabilité, deux circonstances qui ne permettent qu'un séjour de très peu de durée aux amas d'eaux superficiels provenant des pluies d'été, et qui s'opposent également à toute fermentation sur le sol même.

Cette action qu'exerce le sol, suivant sa structure calcaire ou argileuse, a, du reste, été déjà très bien notée par M. Boudin. Son *Essai de géographie médicale* contient même sur cette question un chapitre fort intéressant. Presque tous les marais de la Charente-Inférieure se trouvent dans les arrondissements de la Rochelle, de Rochefort, de Marennes, où l'argile marine d'attérissement qui les compose recouvre le fond des vallées en divers sens jusqu'à plusieurs lieues dans l'intérieur.

Nous venons de mentionner la cause essentielle, permanente, qui a donné naissance aux affections qui nous ont occupé ; il nous reste à signaler les causes de second ordre dont l'influence n'a fait qu'accroître la force d'action de la première.

Il est d'observation que dans le département de la Charente-Inférieure, dans le Bordelais, comme dans presque toute la France, les irrégularités atmosphériques ont été, surtout depuis quelques années, très fréquentes et très bizarres : en 1843 et 44, l'hiver, dans les lieux que nous avons cités, a été peu rigoureux; mais il a été très pluvieux; ainsi, à Saintes, la Charente mal encaissée a débordé, et les quais de cette ville pendant plus d'un mois ont été complètement inondés. L'été, au contraire, a été très chaud et très sec. Nous sommes fâché de ne pouvoir réduire en chiffres ces observations météorologiques; cependant, comme elles sont vraies, nous nous croyons en droit d'en conclure que les affections miasmatiques dont nous avons parlé ne se sont présentées avec tant de fréquence, de ténacité, et dans un certain nombre de cas avec le type continu, que parce que ces deux causes, pluie et chaleur, par leur accroissement insolite, ont fourni au miasme paludéen plus d'aliments et plus de force.

De tout ce qui précède nous ne tirerons que cette seule conclusion, parce que nous la croyons pratique et utile :

Dans les pays tempérés marécageux, les affections paludéennes, quoique affectant le plus ordinairement le type tierce, peuvent cependant, sous l'influence de causes connues, devenir continues ou offrir la continuité de prime abord, comme les affections de même nature des pays chauds marécageux; la seule différence qui les sépare consiste dans le degré de gravité et de danger; enfin les affections de ces deux sortes de pays accusant la même origine, reconnaissant les mêmes causes, et présentant dans leurs symptômes le même ordre de succession, font partie de la même famille et exigent le même traitement et l'emploi du même spécifique. L'existence d'une affection locale comme cause de la continuité forme l'exception. Nous sommes bien persuadé n'avoir rien avancé de neuf ; loin de là, car les fièvres continues des pays tempérés marécageux, de même nature que les fièvres intermittentes ordinaires, n'ont échappé ni à Pringle, ni à Sydenham, etc. L'explication, hâtons-nous de le dire, n'en a été bien donnée, du moins à notre avis, que dans ces derniers temps. Seulement nous avons cherché à rappeler l'attention des praticiens sur ces fièvres insidieuses réellement continues, qui règnent dans une proportion plus forte qu'on ne le croit généralement, et qu'on rapporte trop souvent à une affection locale, et qu'on traite alors par une médication qui agit dans le sens même de la maladie.

Un jeune praticien d'instruction et de mérite nous avoua franchement, un jour, qu'arrivant dans la Charente-Inférieure, où il exerce depuis quatre ans, avec toutes les idées de l'école, il crut ne devoir prescrire le sulfate de quinine que dans les affections miasmatiques franchement intermittentes, que dans les fièvres enfin qui sonnent, en quelque sorte, les accès, comme une montre à répétition sonne les heures; il n'eut pas lieu de s'en applaudir, et compta de nombreux insuccès. Etudiant mieux les localités et les influences climatériques, il parvint à tenir compte de la nature des affections qu'il était appelé à traiter, et guérit rapidement, avec les préparations quininées, ces fièvres insidieuses, sans

physionomie arrêtée, communes à l'époque des chaleurs dans tous les pays marécageux tempérés.

Qu'on nous permette une dernière réflexion. Diderot a dit : Invente, tu vivras ; nous croyons que cette parole a été fatale à plus d'un médecin de nos jours ; nous ne nommons personne, bien entendu.

EMILE CORDIER, D. M.,
Aide-major au 69e de ligne.

III. Du sous-carbonate de fer contre les métro-hémorrhagies.

Quelles sont les raisons qui ont porté les auteurs à classer le fer et ses préparations au rang des emménagogues? C'est sans doute qu'ils leur ont reconnu une puissante action stimulante du système utérin, qui a pour effet de provoquer l'apparition des règles. D'après le résultat des observations sur ce point de pratique, il semblerait que l'usage des ferrugineux doit donner lieu à de fortes hémorrhagies.

Aussi n'est-ce qu'après avoir lu le savant Traité de thérapeutique et de matière médicale de MM. le professeur Trousseau et Pidoux, article Fer, etc., classe des toniques, où ces auteurs citent l'observation d'une jeune demoiselle chlorotique qui avait une abondante métro-hémorrhagie, traitée avantageusement avec les tablettes de chocolat ferrugineux, que j'ai osé faire usage de l'agent thérapeutique en question ; mais, je l'avoue, je m'attendais toujours à voir un effet contraire à celui que je me proposais ; mes craintes furent dissipées, et le résultat a dépassé mes espérances, comme on peut le voir par les observations que j'ai recueillies à l'appui de ce que j'avance.

Obs. 1. — P...., menuisier, vint me consulter, dans le courant de janvier 1842, pour sa femme, âgée de quarante-deux ans, forte, robuste, d'une constitution un peu lymphatique, menstruée régulièrement, jouissant d'une bonne santé, sauf une première perte utérine de peu de durée qu'elle eut dans le courant de novembre 1841. Le mari me dit que sa femme perdait beaucoup de sang, qu'elle était faible ; les pertes étaient précédées de douleurs dans le bas-ventre et les reins, etc. Malgré cet état elle pouvait encore faire son ménage. Je lui fis la prescription suivante :

Pr. Poudre de sous-carbonate de fer, 10 grammes.
— de cannelle, 6 décigr.
M. Divisez en 20 paquets.

Prendre un paquet trois fois par jour dans un peu d'eau sucrée.

Au bout de deux jours les pertes cessèrent ; je lui fis prendre le reste des paquets pour confirmer la guérison, qui ne s'est pas démentie depuis ce moment. Du reste, régime fortifiant analeptique, etc.

Obs. 2. — B...., âgée de quarante-huit ans, toujours réglée, mère de trois enfants, bonne constitution, jouissant d'une parfaite santé, fut prise, sans cause connue, d'une forte perte utérine. Je fus appelé le 13 mai 1843 pour la voir. Elle était pâle, faible, gardait le lit ; elle me dit qu'elle perdait beaucoup de sang. Depuis plusieurs jours elle souffrait dans la région lombaire et dans la région hypogastrique ; agitation, sommeil inquiet, pouls irrégulier, fréquent, parfois des frissons irréguliers. Je lui fis prendre :

Poudre de sous-carbonate de fer, 12 grammes.
— de cannelle, 1/2 gramme.
M. Divisez en 15 paquets.

A prendre une dose quatre fois par jour dans un peu de thé. Repos complet ; boissons légèrement rafraîchissantes. Le quatrième jour, la métro-hémorrhagie était suspendue. La malade prit le reste des paquets ; la guérison s'est maintenue. Au mois de juillet, en 1843, elle vint me consulter pour la même affection. Je lui ordonnai de prendre les mêmes poudres ; elle en obtint le même succès.

Obs. 3. — Le 23 septembre 1843, on me fit appeler pour voir mademoiselle P...., âgée de vingt-cinq ans, constitution sanguine, d'une bonne santé habituelle, quoiqu'elle fût réglée irrégulièrement. Le 26 elle perdit du sang ; le 28 elle fut forcée de garder le lit. A mon arrivée elle était faible, pâle, avait de la difficulté à respirer, des palpitations, pouls petit, fréquent, soif, douleurs lombaires et abdominales ; elle perdait une grande quantité de sang par la vulve ; la perte augmentait par le mouvement ; pas de sommeil, agitation, inquiétude. Je lui ordonnai la poudre suivante :

Poudre de sous-carbonate de fer, 14 grammes.
— de cannelle, 1/2 gramme.
M. Divisez en doses égales n° 20.

A prendre un paquet toutes les trois heures dans un peu d'eau sucrée. Repos absolu, boisson de chiendent, bouillons. Le 30, même état ; on continue le même traitement. Le 1er octobre, application de ventouses sèches sur la poitrine ; l'écoulement se suspend une heure après ; dans la nuit il reparaît. Le 2, la perte utérine a diminué ; il n'y a plus que quelques caillots : le sommeil revient. Le 3, la perte est arrêtée ; état général bon : la malade peut se remuer plus facilement ; on continue les mêmes poudres. La convalescence a été longue, parce que la malade avait eu une forte hémorrhagie ; il lui fallut quelques semaines pour être totalement rétablie, en faisant usage de bouillons de viande, de légumes et d'un peu de vin rouge ; elle prenait aussi une tisane faite avec de la germandrée et de l'écorce d'oranges.

J'ai souvent l'occasion de la voir ; sa santé est très bonne.

Obs. 4. — Le 23 octobre 1844, une femme âgée

de soixante-deux ans, ayant été robuste, mère de plusieurs enfants, après l'âge critique vint me consulter pour une perte utérine qui durait depuis quelques semaines, et développée à la suite de chagrins. Elle fit une lieue pour venir chez moi; elle était faible, pâle, avait des douleurs dans l'abdomen et les reins, pouls petit, faible, respiration libre, frissons, céphalalgie, etc. Je lui dis de prendre une bonne nourriture, du repos, et je prescrivis la poudre de sous-carbonate de fer et de cannelle.

Je restai bien longtemps sans avoir de ses nouvelles; ce ne fut que par hasard que je la vis dans son village : elle me dit qu'elle était bien soulagée; mais, comme elle n'avait pas assez fait usage de poudres, je lui fis une nouvelle ordonnance. Dans ce cas il faut en prendre longtemps, jusqu'à ce que la métro-hémorrhagie soit arrêtée. Je ne l'ai plus revue depuis.

Obs. 5. — B...., âgée de vingt-six ans, mère de trois enfants, tempérament lymphatico-sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, accouchée de son dernier enfant il y a quinze jours. Le 10 novembre 1844, on me fit appeler pour la voir. Elle me dit que depuis trois jours elle était prise d'une forte perte utérine, sans cause connue. État actuel : peau pâle, céphalalgie le soir, pas de sommeil, grande faiblesse, douleurs de temps en temps dans la région lombaire et dans la région hypogastrique, soif, anorexie, selles naturelles, toux, palpitations, pouls petit, fréquent, peau chaude, parfois des frissons; elle perdait du sang par caillots : je lui fis prendre de la même poudre; repos, bouillons, tisane de chiendent, édulcorée avec un peu de sirop, etc. Le 12 la perte est arrêtée vers le soir, pour ne plus reparaître; la guérison ne s'est pas démentie.

Obs. 6. — R...., âgée de quarante-six ans, non mariée, tempérament sanguin, forte, robuste, jouissant habituellement d'une bonne santé jusqu'à l'époque où ses règles parurent irrégulièrement, suivies chaque fois de pertes très abondantes, laissant un petit intervalle entre chaque retour menstruel. Le 9 novembre 1844, elle me consulta pour la première fois : elle était faible, avait bon appétit, un peu de pesanteur dans la région hypogastrique et dans les reins; pouls petit, fréquent, peau naturelle. La malade est ainsi depuis trois semaines. Après ses époques, je prescrivis un mélange de 12 grammes de sous-carbonate de fer et de 5 décigrammes de poudre de cannelle, à diviser en seize doses. En prendre une toutes les trois heures.

Le 2 décembre, état général meilleur, pertes diminuées. Je prescris 25 nouveaux paquets d'un gramme chacun environ, un à prendre toutes les deux heures. Le 10, les pertes sont arrêtées; du reste les forces reviennent; on continue le reste des paquets toutes les trois heures; la guérison s'est maintenue. Je dirai que dans ce cas un médecin prétendait qu'il y avait une lésion organique de l'utérus, etc.

Obs. 7. — V...., âgée de trente-cinq ans, tempérament nervoso-sanguin, taille moyenne, mère de plusieurs enfants; elle eut la fièvre nerveuse en 1838; jouissant habituellement d'une bonne santé, jusqu'à la fin d'octobre 1844, qu'elle ressentit des douleurs dans l'abdomen et les membres inférieurs, parfois des frissons, des palpitations, des céphalalgies. Elle fut prise subitement d'une perte utérine très forte, se renouvelant tous les deux ou trois jours. Le 11 novembre 1844 voici son état : elle était pâle, agitée pendant la nuit, pouls petit, fréquent, irrégulier, douleurs abdominales; rien du côté des organes respiratoires et encéphaliques, etc. Je lui prescrivis les poudres de sous-carbonate de fer et de cannelle. Du reste, repos parfait. Quelques jours après elle expulsa un caillot volumineux qui contenait un fœtus macéré, d'environ trois mois, exsangue. Il paraît qu'il avait cessé de vivre depuis quelque temps. J'ordonnai de continuer les poudres pour arrêter l'hémorrhagie.

Dans ce cas, le médicament modéra l'hémorrhagie, mais il ne pouvait la suspendre tant que la cause existait. On remarquera ici que ce n'est pas l'usage du sous-carbonate de fer qui peut avoir déterminé la fausse couche, parce que la perte existait avant l'usage du médicament, etc.

Obs. 8. — Le 25 octobre 1844, je fus appelé pour voir madame D..., âgée de vingt-cinq ans, forte, robuste, tempérament sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, enceinte de quatre mois environ. Elle fut prise, sans cause connue, il y a huit jours, d'une métro-hémorrhagie très forte, précédée de l'expulsion d'un fœtus. A mon arrivée la perte marchait toujours; figure pâle, altérée, faiblesse générale, chaleur à la peau, soif, peu d'appétit, palpitations, pouls petit, fréquent, irrégulier, sommeil agité. Je prescrivis les poudres. Le 29, les pertes sont moins abondantes; le 30, elles sont arrêtées dès le matin. On continue les poudres toutes les trois heures, pour confirmer la guérison.

Obs. 9. — Le 14 février 1845, je fus appelé pour voir madame V...., âgée de vingt-sept ans, tempérament lymphatique. Elle eut, en 1843, un *pityriasis capitis;* du reste jouissant d'une bonne santé. Accouchée depuis dix jours de son premier enfant, elle fut prise, sans cause connue, il y a cinq jours, d'une métro-hémorrhagie forte. La sage-femme avait fait quelques remèdes, mais sans succès. Je trouvai la malade faible, pâle, souffrant dans la région lombaire; pouls petit, un peu fréquent, abattement général, sommeil agité, syncopes en changeant de place dans son lit. Je fis prendre les poudres de fer (14 grammes) et de cannelle ($^1/_2$ gramme), divisées en vingt paquets.

La perte fut arrêtée à onze heures du soir. La malade avait commencé à midi à prendre un paquet

toutes les demi-heures, ensuite toutes les heures. Régime : bouillons, boisson de chiendent, puis les analeptiques. La guérison s'est maintenue, etc.

Obs. 10. — C...., âgée de trente-un ans, tempérament lymphatico-sanguin, jouit d'une assez bonne santé jusqu'à la fin d'octobre 1844 ; mais elle perdait chaque fois beaucoup trop de sang. Après chaque retour elle était bien faible. Dans le courant d'avril 1845, elle me demanda des conseils. Malgré sa faiblesse, il y avait encore un peu d'appétit ; digestions laborieuses, selles naturelles, pouls petit, fréquent, sommeil bon ; douleurs dans les reins et la région hypogastrique, rien du côté des autres fonctions. Je lui prescrivis les poudres aux mêmes doses que la malade précédente, de la manière suivante :

Prendre une dose les deux premiers jours avant la menstruation ; continuer pendant les trois premiers jours de l'écoulement menstruel, dans un véhicule quelconque. Le résultat désiré fut obtenu ; la perte fut moins forte, l'état général meilleur, les digestions moins pénibles, faciles. La malade prit le reste des paquets au moment de l'apparition des règles, afin de régulariser cette fonction périodique. Le résultat fut atteint comme je m'y attendais, etc.

Obs. 11. — Le 23 mai 1845, on vint m'appeler pour voir mademoiselle L. B.., âgée de vingt-quatre ans, tempérament sanguin, robuste, jouissant d'une bonne santé. Elle fut prise dans la nuit, sans cause connue, d'une perte utérine très forte ; je la trouvai faible, pâle, agitée ; frissons suivis de chaleur, pouls petit, serré, mais résistant ; soif, douleurs dans les reins et dans la région hypogastrique, etc. ; la métro-hémorrhagie continuant, je lui fis prendre les poudres.

Le 26 au matin, la perte est arrêtée ; la guérison s'est maintenue. La malade resta sans doute quelques jours convalescente.

Obs. 12. — Madame M..., âgée de vingt-sept ans, mère de deux enfants, jouissant du reste d'une bonne santé, perd à chaque époque menstruelle une trop grande abondance de sang ; cet état dure cinq jours ; à chaque fois elle est faible, pâle, abattue ; état qui constitue plutôt une métro-hémorrhagie accidentelle qu'une perte physiologique, par la trop grande quantité de sang, etc. Je lui prescrivis 4 grammes de carbonate de fer avec 5 décigrammes de poudre de cannelle, le tout divisé en quatre paquets.

Prendre un paquet le soir dans un peu d'eau sucrée. Le premier fit effet, car le matin elle avait beaucoup moins perdu ; le second jour elle était mieux, parce qu'elle n'avait pas perdu la moitié autant que d'habitude. Dans ce cas, il faut chercher à modérer l'écoulement ; voilà ce que j'avais pour but, etc.

Obs. 13. — J'ai donné des soins à une femme âgée de trente-un ans, accouchée de son dernier enfant depuis quinze jours. Elle était asthmatique. Au bout de quinze jours, elle fut prise d'une métro-hémorrhagie très forte ; j'eus une peine infinie à me rendre maître de la perte par les réfrigérants, les lotions froides sur l'abdomen et les manuluves ; le sang s'arrêtait pour reparaître de nouveau au bout de quelques jours. Je fus bien obligé de recourir au sous-carbonate de fer à forte dose. Depuis son administration la perte n'est plus revenue ; la malade fut longtemps faible et convalescente, etc.

En 1839, j'ai vu un jeune garçon, âgé de treize ans, faible, qui avait des épistaxis tous les jours, lesquelles duraient chaque fois une heure, et laissaient le malade dans un grand abattement, dont finalement il mourut. Certainement, si j'avais osé administrer le fer ou le sous-carbonate, ce garçon aurait été sauvé ; mais alors je ne connaissais pas ce précieux moyen.

En 1844, je traitai madame D...., âgée de trente-deux ans, tempérament sanguin, laquelle avait une épistaxis qui durait depuis plusieurs jours. Un médecin la croyait perdue, tant elle était faible et anémique ; son sang était pâle, car elle avait perdu au moins quatre à cinq pots de sang par le nez. Je lui prescrivis 12 grammes de sous-carbonate de fer, et un gramme 30 centigrammes de poudre de cannelle, divisés en vingt paquets ; en prendre un toutes les deux heures dans un véhicule ; aux premières doses l'épistaxis fut arrêtée. On avait mis en usage tous les moyens connus.

Mes observations peuvent paraître peu détaillées ; je n'en ai donné que les faits les plus saillants pour ne pas augmenter la matière en les faisant trop longues, etc. Ces observations démontrent que l'emploi du sous-carbonate de fer est un bon moyen hémostatique contre les métro-hémorrhagies, même contre celles qui sont causées par une maladie de l'œuf ou de ses annexes, etc. (voyez l'obs. 7e). Dans tous les autres cas, les pertes cessèrent au bout de deux ou trois jours ; dans un cas, on remarque que dix heures suffirent pour s'en rendre maître. On peut voir aux 10e et 12e obs. que l'emploi du sous-carbonate de fer peut agir efficacement dans les menstruations trop abondantes, qu'il peut les modérer, même les régulariser. Toutes, d'ailleurs, nous font voir qu'il n'y a pas de danger à se servir du sous-carbonate de fer. Je sais qu'on ne doit pas être exclusif ; mais, pour mon compte, je préfère cette préparation parce qu'elle est assez agréable à prendre en y ajoutant un peu de cannelle ; mais il faut une préparation bien faite. J'en ai chargé M. Bertholet, pharmacien à Grandson, qui s'en est bien acquitté en me préparant un médicament sur lequel je pouvais compter. Toutes les fois que j'ai donné cet agent, j'en ai toujours obtenu de beaux et bons résultats. Quant aux doses, on a vu qu'elles n'ont pas beaucoup varié ; j'avais la précaution d'avancer ou de retarder les prises des paquets, selon l'effet produit. Il ne faut plus craindre de le donner contre les métro-hémorrhagies aiguës, cette préparation n'étant pas emménagogue, comme on le dit dans les

traités de matière médicale; l'observation pouvait seule me convaincre de l'effet contraire et qu'il n'y avait pas à redouter une violente congestion sanguine vers l'utérus (c'est la même chose pour la sabine qui a été donnée dans le même cas). Je suis donc autorisé à dire *que le sous-carbonate de fer n'est pas un emménagogue; au contraire, il arrête et modère le flux menstruel, il arrête les hémorrhagies internes, enfin c'est un puissant moyen hémostatique que nous avons à notre disposition.* Qu'on cesse de redouter une préparation aussi active, laquelle guérit quand même. Je livre ces observations dans l'espoir qu'elles seront peut-être utiles aux nombreux praticiens qui cherchent, avant tout, le bien et le soulagement des malades, etc.

S. Malherbe, D. M.

Bonvillars (canton de Vaud, Suisse), le 17 juillet 1845.

OPHTHALMOLOGIE.

IV. Note sur l'anchilops érysipélateux de Beer.

L'école allemande, qui a beaucoup fait pour l'étude des maladies des yeux, s'est vu souvent adresser le reproche de trop subtiliser et surtout de se complaire dans des subdivisions trop minutieuses des affections de l'organe visuel. Que ce reproche soit fondé ou non, s'il doit tomber sur quelqu'un, ce n'est assurément pas sur moi, qui, reçu d'abord à Berlin, suis venu prendre de nouveau mon titre de docteur à la Faculté de Paris, et en ai longtemps suivi les cliniques avant et après ma réception. Par ma position toute particulière, je me suis trouvé à même de comparer et plus d'une fois de concilier sur bien des points les opinions des deux écoles, dont chacune offre des points où elle excelle et d'autres où elle donne prise aux attaques.

En me posant comme le défenseur exclusif, le propagateur juré des idées allemandes, on m'a fait en outre un crime d'avoir dit que, dans le siècle actuel, l'ophthalmologie avait été négligée en France, et l'on s'est bien donné de garde de mentionner que j'ai toujours rendu à ce pays le glorieux témoignage d'avoir été le premier berceau de cette doctrine.

Chose fort singulière! par qui ces reproches me sont-ils adressés? Par plusieurs personnes, entre autres, qui, bien que résidant en France depuis longtemps, sont demeurées étrangères à ce pays. Elles ont oublié sans doute que, Français par naturalisation et de cœur, je devais regarder comme un devoir de doter ma patrie adoptive des précieux avantages qu'elle doit nécessairement tirer des progrès d'une des sciences médicales plus développée chez nos voisins que chez nous. Jusqu'à ce jour je n'ai point trouvé opportun de répondre à des récriminations formulées plus d'une fois du ton le plus acerbe. Ce n'est point encore ici le lieu ni le temps de le faire, bien qu'au fond ce me serait chose facile de démontrer combien il est simple et naturel à un Français d'éveiller l'attention de ses concitoyens sur un point qu'ils avaient jusqu'alors laissé dans un oubli non mérité.

Pour ce qui est de l'introduction en France et de la défense d'opinions allemandes, je puis affirmer que je me suis fréquemment éloigné, et d'une façon très notable, des idées professées de l'autre côté du Rhin. On a été jusqu'à dire que les Allemands eux-mêmes avaient abandonné aujourd'hui les opinions dont je me ferais encore le zélé propagateur. Pour moi, ce que je puis dire, c'est que je porte le défi à ces charitables confrères de trouver un seul ouvrage d'ophthalmologie publié en Allemagne jusqu'à ce jour qui se rapproche, autant que le fait mon ouvrage imprimé en 1837, des opinions médicales généralement professées en France. Pour peu que l'on soumette mes écrits à un examen impartial, on verra que sur un grand nombre de points j'ai beaucoup simplifié les divisions faites dans les ouvrages les plus répandus en Allemagne; on pourra s'assurer également que j'ai pris à tâche d'effacer du cadre noselogique jusqu'au nom de certaines maladies qui avaient été admises avant moi.

La note qu'on va lire en fournira un nouvel exemple; on y verra la preuve évidente que peu m'importe l'origine d'une opinion lorsqu'il s'agit de la juger. Qu'elle soit allemande ou française, la vérité est le seul mobile qui fait que je l'adopte ou la repousse. Mais j'ai beau y mettre l'impartialité la plus grande, je sais parfaitement bien que cela ne changera nullement la manière de penser et d'agir de ceux qui, historiens véridiques et scrupuleux, s'évertuent à me faire dire tout le contraire de ma pensée. N'a-t-on pas fait imprimer l'énormité suivante : « M. Sichel dit que la totalité de l'œil peut se remplir de lait (Jeanselme et Velpeau, Manuel des maladies des yeux, page 613)? » Or, de cette incroyable assertion pas un mot ne se trouve dans tout mon ouvrage. Bien plus, je rejette (Traité de l'ophthalmie, etc., page 473) de la façon la plus positive l'ophthalmie des femmes en couches comme espèce particulière. J'ai eu l'occasion de le faire observer à M. Jeanselme; on s'étonnera sans doute que, malgré sa promesse verbale de faire droit à ma réclamation, il n'ait jamais employé la voie de la presse pour relever et reconnaître une erreur aussi grossière. Je le regrette d'autant plus vivement que sur la foi de ce manuel plusieurs autres ouvrages élémentaires ont cru devoir répéter cette assertion essentiellement contraire à la vérité...

Mais coupons court à cette digression pour nous occuper de l'*anchilops érysipélateux*. Beer a donné ce nom à un érysipèle du grand angle de l'œil et des parties circonvoisines. Il en fait une maladie particulière et idiopathique. J'ai souvent observé le gonflement érysipélateux de la région lacrymale et des pau-

pières; mais je l'ai toujours reconnu comme symptomatique d'une inflammation du sac lacrymal arrivée à l'état de suppuration ou sur le point de passer à la période suppurative; c'est plutôt un œdème symptomatique ou précurseur de la suppuration, comme dans l'orgeolet (voir *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, X^e^ année, 2e semestre, page 93), œdème accompagné d'un certain degré de gonflement érysipélateux, qu'un érysipèle franc. Cette affection s'étend le plus souvent sur les deux paupières et jusqu'à la racine du nez; quelquefois même la région lacrymale paraît en être beaucoup moins affectée que les paupières; mais en pressant sur le grand angle de l'œil, à l'endroit qui correspond à la paroi antérieure du sac lacrymal, on y sent tantôt un engorgement peu nettement accusé, tantôt une tumeur rénitente et douloureuse, profondément située, ovalaire ou affectant la forme d'une fève. Dans le premier cas, il est quelquefois facile de reconnaître un empâtement ou même une fluctuation dans la région lacrymale encore accompagnés de douleur plus ou moins vive. Toutes les fois que la tumeur est plus distincte et plus circonscrite, c'est le signe d'une phlogose encore actuelle du sac lacrymal (*dacryocystite*).

Souvent la sensibilité du patient ne permet pas de se convaincre de l'existence de cette inflammation plus ou moins intense autrement que par une pression rapide et légère; le malade retire immédiatement la tête en donnant des signes de douleur et refuse de se soumettre à un examen plus approfondi. Quoi qu'il en soit, quand à l'un de ces signes vient se joindre l'œdème érysipélateux particulier dont nous parlions à l'instant, cela suffit pour confirmer le diagnostic et prononcer sur l'existence d'une tumeur lacrymale inflammatoire passée ou devant passer très prochainement à l'état de suppuration. Dans mes cours cliniques, j'ai très souvent montré des cas de cette nature, et jamais, si ma mémoire est fidèle, le diagnostic et le pronostic n'ont manqué d'être confirmés au bout de quelques jours. En effet, à moins qu'avec la lancette on ne donne immédiatement issue à la matière purulente, dans la majorité des cas l'abcès perce au bout de quelques jours; dès qu'il est ouvert, l'œdème et l'érysipèle se dissipent promptement. Quand par exception la résolution a lieu et le pus est résorbé, il reste une tumeur lacrymale inflammatoire ou subinflammatoire chronique. Une preuve certaine que la maladie siége primitivement dans les organes lacrymaux et non dans le tissu cellulaire sus-jacent, comme l'a cru Beer, c'est que les malades, lorsqu'ils se présentent pour la première fois, disent presque toujours avoir depuis longtemps éprouvé avant le gonflement érysipélateux, soit un larmoiement plus ou moins considérable, soit un certain degré de gonflement du sac lacrymal, gonflement qui les a forcés de presser de temps à autre pour faire sortir les larmes mêlées de mucus.

Je crois donc que cet illustre professeur s'est trompé sur la nature de la maladie qu'il a appelée anchilops érysipélateux, et que ce nom comme je le professe depuis bien des années, doit disparaître du cadre nosologique. Je n'ai présent à l'esprit aucun exemple où l'affection primitive dont l'anchilops est le symptôme n'ait eu son siége dans les voies lacrymales. Cependant je ne veux point nier catégoriquement que cette affection, d'une manière tout exceptionnelle, puisse être quelquefois une simple inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire un phlegmon de la région lacrymale; mais toujours est-il que ce gonflement érysipélateux et œdémateux dont nous parlons ne survient, même dans ces cas, qu'au moment où la suppuration commence ou bien est imminente.

Il s'ensuit que cette affection, n'ayant rien qui lui soit propre, ne peut exiger un traitement particulier. Dépendant de la maladie primitive, elle cesse avec elle et ne donne aucune autre indication que celles qui sont fournies par la suppuration commençante ou plus ou moins avancée, mais presque toujours masquée par le gonflement. Lorsque la suppuration est avancée et la fluctuation manifeste, un coup de lancette dans le foyer purulent, à travers la membrane fibreuse du sac lacrymal, est le moyen le plus prompt; quand même il existe encore un certain degré d'inflammation, elle ne doit être aucunement considérée comme une contre-indication. Lorsque l'ouverture a été pratiquée, on y fait succéder une douce pression qui débarrasse autant que possible les régions malades du pus accumulé au-dessous et au-dessus de la paroi antérieure du sac lacrymal. L'accumulation de pus est-elle moins considérable, un purgatif réitéré au besoin et des onctions résolutives de pommade mercurielle amènent tantôt l'ouverture spontanée de l'abcès, tantôt, mais bien plus rarement, la résorption du pus. On y associera avantageusement des cataplasmes ou des fomentations d'herbes émollientes, moyens peu recommandables dans le véritable érysipèle. Il n'est utile d'appliquer au pourtour de l'abcès des sangsues au nombre de huit ou quinze que dans le cas où l'inflammation encore très prononcée se montre avec une tumeur douloureuse circonscrite et rénitente. Cependant, lorsque le gonflement érysipélateux s'est déjà manifesté, il est bien rare que le traitement antiphlogistique fasse avorter la suppuration; aussi n'y avons-nous pas souvent recours.

Lorsque l'œdème, la suppuration et l'inflammation ont disparu, presque toujours il reste un larmoiement, qui a pour cause la phegmasie chronique et le boursouflement de la membrane muqueuse des voies lacrymales. A cette période de l'affection, les moyens qu'il convient d'employer sont d'abord les collyres astringents instillés dans l'œil et au besoin injectés par les points lacrymaux. On commence par les plus doux, l'acétate de plomb, par exemple, et l'on passe successivement, si besoin est, au sulfate de zinc, de cuivre, de fer

et au nitrate d'argent. Comme moyen auxiliaire, il est bon d'employer un liquide d'abord simplement émollient, comme l'eau de guimauve, que l'on fait renifler par la narine correspondante à l'œil malade. On peut ensuite y substituer une solution de manne dans du lait. Plus tard on a recours à une prise de poudre sternutatoire que le malade aspirera une ou deux fois par jour par la narine du côté malade. Cette poudre se compose avantageusement de parties égales de fleur de muguet, d'iris de Florence, de sucre candi et de marronier d'Inde. Souvent on n'a pas besoin de recourir à d'autres agents sternutatoires que la poudre de marronier d'Inde. Si plus tard il fallait un moyen plus efficace, on pourrait encore remplir l'indication en y ajoutant de 10 à 30 centigrammes de poudre d'ellébore par 15 grammes de la totalité de la première poudre.

SICHEL, D. M. P.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

V. Eaux de Balaruc.

M. le docteur Chrestien, de Montpellier, nous prie d'insérer la lettre suivante qu'il a adressée à M. Isidore BOURDON, membre de l'Académie royale de médecine et de la commission permanente des eaux minérales du royaume.

« Monsieur et très honoré confrère,

» Le *Guide aux eaux minérales de la France, de l'Allemagne, de la Suisse et de l'Italie*, que vous allez rééditer, m'a-t-on dit, est d'un format si commode, d'un style si gracieux, qu'il se trouve à peu près dans les mains de tout le monde. Aussi devez-vous être jaloux de l'améliorer à chaque édition, et surtout de le purger des erreurs qui ne pouvaient éviter de se glisser dans un livre où vous parlez d'une foule de lieux pour la visite attentive desquels la vie entière d'un homme suffirait à peine. J'aime donc à penser que vous ne trouverez pas mauvais de me voir prendre la plume pour rectifier une assertion relative aux eaux thermales de Balaruc, et je suis d'autant plus porté à croire que vous accueillerez favorablement ma rectification, que l'erreur contre laquelle je m'élève ne vous est point propre, car elle avait déjà été commise par Alibert dans son *Précis historique des eaux minérales* (édition de 1826, fin de la pag. 103). « On ne saurait trop recommander, dites-vous au haut » de la page 474 de votre édition, de ne point » user des eaux de Balaruc si l'on est disposé à » l'apoplexie, si surtout l'on a déjà une moitié » du corps engourdie, ce qui atteste presque » toujours un épanchement de sang dans le » cerveau. » S'il en était ainsi, les eaux de Balaruc ne mériteraient pas la réputation européenne dont elles jouissent seules, à juste titre, depuis des siècles. Elles seraient assimilables à une foule d'autres qui guérissent ou soulagent les scrofuleux, les goutteux, les rhumatisants. Mais il s'en faut bien que là se bornent ses effets; ils se révèlent, au contraire, d'une manière miraculeuse et unique chez tous les paralytiques, vieux ou jeunes, quelle que soit la cause à laquelle ils doivent leur infirmité, cette cause serait-elle une apoplexie sanguine. Les exemples de succès même, dans ce dernier cas, sont si nombreux, que l'efficacité antiparalytique des eaux de Balaruc bien administrées est devenue proverbiale. « Il n'est personne qui, en entendant parler » de paralysie, ne pense à Balaruc, comme » aussi le nom de Balaruc rappelle l'idée de » paralysie : ces deux mots désormais sont » inséparables, » dit avec beaucoup de raison le docteur Rousset au commencement d'une intéressante brochure qu'il a publiée en 1839 sur ces eaux thermales.

» Vous dites, en outre, à la page 475 : « On » se garde bien d'administrer au même ma- » lade plus de quatre ou huit bains, encore a- » t-on soin de mettre un jour d'intervalle » entre les derniers; » et vous aviez déjà dit à la page 472 : « Les personnes les plus robustes » ne pourraient rester plus de cinq minutes » dans le bain le plus chaud, ni plus de quinze » dans le bain tempéré. » Ces assertions d'un homme si haut placé que vous dans la spécialité ne peuvent que nuire à l'établissement des eaux thermales de Balaruc; et plusieurs malades, ayant lu votre *Guide* ou l'article *Balaruc* que vous aviez inséré dans le *Dictionnaire de la Conversation* (lequel article est un extrait fidèle de votre *Guide*), nous ont avoué avoir eu à surmonter de grandes répugnances pour venir à des eaux aussi actives et pouvant entraîner les maux effrayants dont vous tracez un tableau si animé à la page 473.

» Il importe donc de vous faire observer que la durée ordinaire d'un bain tempéré, c'est-à-dire à 26 ou 28 degrés, est de quarante-cinq à soixante minutes, et que leur nombre s'élève en général à vingt pour guérir une maladie grave ou ancienne. Il est bien vrai que nous mettons quelquefois un jour d'intervalle entre les bains ou les douches; nous administrons même quelquefois des bains d'eau douce, des bains de son, des bains gélatineux; dans certains cas, nous appliquons des sangsues ou nous saignons par la lancette; dans d'autres occasions, nous laissons tout-à-fait refroidir nos eaux pour les faire tomber en douches; en un mot, nous cherchons à remplir les différentes indications; mais aussi portons-nous quelquefois le nombre des bains ou douches bien au delà de vingt, et leur durée bien au delà d'une heure : nous avons dans ce moment une dame de Marseille, envoyée par les docteurs Demolins et Reymonet, qui, depuis le 23 juin, a pris vingt bains et quarante douches. Les malades qui, au lieu d'avoir une pareille résignation, ne vien-

nent chez nous prendre que sept ou huit bains, nous causent une vive peine.

»Veuillez agréer, monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mon estime scientifique.

A.-T. CHRESTIEN,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.»

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

I. TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES ET DES OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT; par le baron BOYER, membre de l'Institut et de la Légion-d'Honneur, professeur de chirurgie pratique à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef à l'hôpital de la Charité. Cinquième édition, publiée par le baron Philippe Boyer, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur.

Paris, Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

Il devrait y avoir, pour l'étude de chaque branche des connaissances humaines, un de ces livres, élémentaires par leur forme, et riches toutefois de notions d'un ordre supérieur habilement déduites des principes; livres indispensables à notre époque, qui a besoin d'apprendre vite et sans fatigue; livres qui constituent à eux seuls une bibliothèque spéciale, qui présentent le canevas de la science déjà plus ou moins largement rempli, et où il ne reste plus que des lacunes, inséparables de tout travail scientifique, mais que vient combler l'une après l'autre le progrès appuyé sur l'expérience. Tel est l'ouvrage de Boyer, ouvrage tellement classique que nous avons peine à concevoir comment on étudiait la chirurgie avant qu'il existât; recueil précieux de faits intéressants et de judicieux préceptes, guide infaillible sur lequel s'appuient avec une égale confiance l'élève, le praticien et le professeur. Mais on n'attend pas sans doute que nous fassions l'éloge, et bien moins encore l'analyse du *Traité des maladies chirurgicales*; l'un n'apprendrait rien à personne, l'autre serait une entreprise de trop longue haleine. Aussi nous bornerons-nous à emprunter à M. Philippe Boyer quelques détails sur la vie laborieuse de son père, et les efforts que lui-même a faits pour amener l'œuvre paternelle au niveau de l'état actuel de nos connaissances sans en altérer le texte et sans s'écarter en rien du respect religieux qu'il porte à l'auteur comme fils, et qu'il partage avec nous tous comme chirurgien.

Alexis Boyer naquit à Uzerches, petite ville du Limousin, le 1er mars 1757. Ses parents, qui exerçaient la profession de marchands merciers, ne purent lui donner qu'une instruction très peu étendue. A 17 ans, il vint à Paris étudier la chirurgie. Il s'adonna d'abord à l'anatomie, sous la direction de Desault, dont il devint bientôt l'émule et plus tard le successeur. En 1781, il obtint la médaille d'or à l'École pratique du Collége de chirurgie. Déjà, à force de travail et de persévérance, il s'était fait lui-même son éducation littéraire, et il suivait alors le cours de philosophie au collége du Plessis. L'année suivante, il entra comme élève à l'hôpital de la Charité. Six ans plus tard (1787), après un brillant concours, il fut nommé chirurgien gagnant maîtrise, ou chirurgien adjoint, dans le même hôpital dont Deschamps était chirurgien en chef. Ce succès lui conférait gratuitement le titre de maître en chirurgie, qui coûtait alors six mille livres, et lui assurait pour six ans un poste où son savoir et sa réputation devaient s'accroître rapidement.

En 1793, la gravité des évènements politiques fit oublier à la municipalité de Paris, qui avait succédé aux ordres religieux dans la direction des hôpitaux, le concours qui devait donner un successeur à Boyer. Il conserva donc la place de chirurgien adjoint, dans laquelle il fut maintenu indéfiniment par un arrêté de la commission administrative des hospices en date du 4 prairial an X, et qu'il ne quitta, pour prendre celle de chirurgien en chef, qu'en 1824, après la mort de Deschamps, à qui, par un désintéressement devenu bien rare, il voulut laisser jusqu'à son dernier jour le titre attaché à des fonctions que, depuis vingt ans, l'âge et les infirmités le rendaient incapable de remplir.

Mais, tandis que sa générosité le retenait ainsi dans un poste secondaire, les succès obtenus ailleurs le dédommageaient de ce sacrifice, tout en le rendant plus éclatant et plus méritoire. Le cours d'anatomie qu'il avait ouvert dès 1787 à l'hôpital de la Charité attirait de nombreux élèves, et ce fut sans doute au mérite déjà reconnu de son enseignement qu'il dut d'être nommé, en l'an III, à la chaire de chirurgie opérante, et, peu de temps après, à la chaire de clinique externe dans l'école de santé fondée à cette époque.

Toutefois, par une singularité bizarre qui tenait à la lenteur avec laquelle s'établissait, dans certaines parties au moins, la nouvelle organisation sociale, Boyer avait atteint le sommet de l'échelle médicale sans poser le pied sur les premiers échelons : il n'était pas docteur; et quand les institutions jetées à la hâte sur le sol par le génie révolutionnaire furent enfin régularisées, on vit cet homme, qui avait déjà dépassé la première moitié de la vie, et qui avait déjà consacré vingt-cinq ans à l'enseignement et à la pratique, se sou-

mettre aux épreuves qu'il avait déjà fait subir à tant d'autres, et soutenir une thèse devant ses collègues, assemblés extraordinairement pour l'entendre. Ce fut à la fois un spectacle intéressant et une grande leçon que cette obéissance naïve à la loi qui plaçait un instant le maître sur la même ligne que les plus humbles de ses disciples, et qui, après tant de preuves publiques d'une haute capacité, l'astreignait à remplir consciencieusement les formalités bien moins concluantes imposées à des hommes jeunes et encore inconnus.

Dans le mois de messidor an XII, Napoléon nomma Boyer son premier chirurgien, et, après les campagnes de 1806 et 1807, il lui donna successivement la croix de la Légion-d'Honneur, les titres d'officier de sa maison, de baron de l'Empire, et une dotation sur les provinces conquises réunies à la France. Plus tard, il fut chirurgien consultant des rois Louis XVIII, Charles X et Louis-Philippe Ier. Il fit partie de l'Académie de médecine dès la création de cette société; et, en 1823, quand l'ancienne Faculté de médecine fut dissoute, on n'osa pas l'exclure de la nouvelle; on ne pouvait pas alléguer contre lui, comme on le fit contre les plus illustres de ses collègues, une caducité hâtée par de longs et pénibles services. Quoiqu'il eût alors 66 ans, il avait conservé une santé excellente, et son enseignement était plus suivi que jamais.

En 1812, on lui proposa la place devenue vacante à l'Institut par la mort de Sabatier; mais, dès qu'il sut que Deschamps la désirait, il ne voulut faire aucune démarche pour lui-même; ce ne fut que douze ans plus tard qu'il recueillit la double succession de son maître à l'Institut et à l'hôpital de la Charité. Il était alors âgé de 67 ans. Depuis longtemps toutes les sociétés savantes de l'Europe et plusieurs de celles d'Amérique s'étaient empressées de l'accueillir dans leur sein. Arrivé à l'âge où tant d'hommes s'accordent enfin le repos ou sont condamnés à l'inaction, il ne s'arrêta pas. Une vie très régulière, une extrême sobriété, l'avaient garanti des infirmités de la vieillesse, et il continua à remplir ses diverses fonctions avec une exactitude et une ponctualité qu'on trouve à peine chez des hommes doués de toute la vigueur de la maturité. Le 16 novembre 1833, après avoir fait à l'hôpital de la Charité sa visite, sa leçon et sa consultation, il fut pris de douleurs lombaires qu'il rapporta à une néphrite calculeuse dont il avait ressenti les premières atteintes en 1808, après la campagne de Pologne. Une seule application de sangsues le jeta dans un état d'adynamie dont il ne put se relever, malgré les soins de son ami Lerminier, et il mourut le vingt-cinq novembre, après dix jours de maladie, à l'âge de 76 ans et demi.

Boyer a laissé deux ouvrages capitaux: un Traité d'anatomie et un Traité des maladies chirurgicales dans lequel se trouvent refondus plusieurs mémoires publiés d'abord isolément. Le premier de ces deux ouvrages a vieilli, et d'ailleurs les élèves se sont accoutumés depuis longtemps à suivre, dans l'étude de l'anatomie, des guides non moins sûrs et plus au niveau des progrès que cette science a faits depuis vingt-cinq ans. Le second, dont la dernière édition date de 1831, n'a pas été remplacé, et il n'est guère probable qu'il le soit avec succès, du moins à une époque rapprochée de nous. Ce n'est pas qu'on puisse le regarder comme absolument complet: non-seulement il s'en faut beaucoup que la chirurgie soit restée stationnaire depuis seize ans; mais encore Boyer n'était pas homme à donner de grands développements à des doctrines déjà répandues et dont sa rare sagacité lui faisait sans doute pressentir l'importance, mais qu'il n'avait pas encore eu le temps ou l'occasion de soumettre au creuset de sa propre expérience. Il n'affirme rien qu'il n'ait vérifié par lui-même, et, sous ce rapport, tout en reproduisant les observations et les préceptes des grands maîtres qui l'ont précédé, son livre semble n'être que le répertoire d'une pratique d'un demi-siècle, pratique si étendue, si variée, que l'on pourrait dire que la presque universalité des cas chirurgicaux a passé sous les yeux de l'auteur. Aussi, quand les journaux lui reprochaient de n'avoir fait en quelque sorte qu'effleurer certaines questions graves, il répondait: « Mon livre est le fruit de mon expérience; si je vis assez longtemps pour pouvoir juger ces nouveautés, j'en parlerai dans une autre édition. » Cependant ces nouveautés ont déjà reçu la sanction du temps; d'autres nouveautés ont surgi plus récemment encore, et s'appuient sur des faits assez nombreux, assez concluants, pour qu'on puisse sans témérité leur assigner une place dans le domaine de la science. Il est donc temps de faire ce que Boyer eût fait lui-même s'il eût vécu. Mais la tâche est difficile; M. Boyer fils ne se l'est pas dissimulé. « J'ai longtemps hésité, dit-il, avant de publier cette nouvelle édition. Lorsque l'auteur fit imprimer son livre, il avait acquis une grande expérience dont il usa pour apprécier tout ce qui avait rapport à chacune des maladies et des opérations qu'il décrivait; et le poids que cette expérience donne à chaque parole du maître était le plus grand obstacle élevé devant celui qui venait confirmer ou contredire cette parole ou poser à côté d'elle de nouveaux principes. Cependant, après y avoir mûrement réfléchi, j'ai pensé que je pouvais faire cette publication en suivant certaines règles qui me permettront de tout dire sans altérer en rien le texte du livre. Deux motifs m'ont fait prendre cette résolution: le premier est fondé sur l'habitude du travail, qui, fait avec mon père, a nécessairement rapproché ma manière de juger de la sienne, et sur l'habitude de l'exercice pratique que j'avais contractée en le suivant constamment pendant douze années, après avoir reçu de lui une instruction qui me mettait à même d'apprécier sa manière de faire; le second motif est fondé sur l'expérience que j'ai acquise moi-même depuis quatorze ans par la pratique chirurgicale dans les

hôpitaux à la tête desquels j'ai été placé, et qui m'a permis, par les essais que j'ai faits, de juger de la bonté des différentes méthodes et des divers procédés opératoires. »

M. Philippe Boyer se trouvait donc dans les circonstances les plus favorables pour mener à bien l'entreprise qu'il a abordée avec courage et conduite avec bonheur. La dernière édition du *Traité des maladies chirurgicales* était en onze volumes; la nouvelle édition n'en aura que six, dont deux ont déjà paru. Pour arriver à une telle réduction sans altérer le texte primitif, il a fallu modifier quelque peu l'ordre suivi par l'auteur, afin d'éviter des redites que cet ordre avait rendues nécessaires; la typographie a fait le reste. En agissant ainsi, M. Ph. Boyer n'a fait que remplir les intentions de son père et suivre ses indications.

Le premier volume comprend l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique chirurgicales générales; les anomalies; l'inflammation; les abcès; la gangrène; la brûlure; la congélation; les plaies. Les trois premiers de ces articles appartiennent à M. Boyer fils; il a fait entrer dans le second tout ce qui a trait à la médecine opératoire, et qui se trouvait auparavant disséminé dans diverses parties de l'ouvrage, notamment dans le cinquième volume et dans le onzième. L'article *Anomalies*, entièrement neuf, nous a paru du plus haut intérêt et parfaitement à sa place.

Le second volume traite des maladies de la peau et des membranes muqueuses; de celles des tissus cellulaire et adipeux, des artères, des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, des nerfs, des muscles et des tendons, des cartilages et des fibro-cartilages, du système séreux; le squirrhe, le cancer, les tubercules, les calculs, les corps étrangers, l'ulcération et les ulcères, les fistules, les scrofules, la syphilis; les maladies des membres, les amputations. Nous citerons comme appartenant à M. Philippe Boyer, ou comme notablement améliorés par lui, les articles: pustule maligne, plaies cutanées, cicatrisation et maladies des cicatrices, cancer de la peau, polypes, morve et farcin, onyxis, loupes; phlegmon diffus, kystes; plaies des artères, ossification, tubercules et hypertrophie des artères, anévrysme variqueux, ligature des artères; plaies et inflammation des veines; tumeurs fongueuses sanguines, angéioleucite; adénite, tubercules et induration des ganglions lymphatiques; plaies et tumeurs des nerfs, ligature des nerfs, névralgies; inflammation et plaies des muscles, contracture; inflammation, gangrène et plaies des tendons; section des tendons et des muscles; maladies des cartilages et fibro-cartilages; squirrhe et cancer; corps étrangers, hydatides, calculs; ulcération et ulcères; scrofules, syphilis.

Le troisième volume sera consacré aux maladies des os.

Le quatrième contiendra les maladies de la tête, des yeux, de l'oreille, du nez et des fosses nasales, de la bouche, des organes salivaires, de la langue et de la gorge.

Le cinquième comprendra les maladies du cou, du larynx, de l'œsophage, des mamelles, de la poitrine, de l'abdomen; les hernies, etc., etc.

Dans le sixième, enfin, seront traitées les maladies des organes et des voies urinaires, celles de l'anus et du rectum, celles des organes génitaux des deux sexes.

Nous nous bornons pour aujourd'hui à cette sèche et rapide énumération. Nous ajouterons seulement, pour calmer la crainte exprimée par M. Philippe Boyer qu'on ne l'accuse d'avoir voulu se placer de niveau avec son père en mêlant ses travaux à ceux de cet illustre chirurgien, qu'il ne saurait avoir à redouter un semblable reproche, même de la part des gens disposés à tout voir de travers. Quant à nous, nous croyons pouvoir le féliciter du dévouement et de l'abnégation dont il a fait preuve en éparpillant dans l'ouvrage de son père les résultats de ses études et de sa propre expérience. Plusieurs des articles qui lui appartiennent sont de véritables monographies, et, réunis, ils eussent fourni matière à de bons et beaux volumes dont l'auteur aurait eu seul toute la gloire; tandis qu'il pourra bien arriver que plus d'un lecteur inattentif ou de mauvaise humeur, malgré les noms et les dates, attribue au père ou regarde comme puisé dans ses notes ce qui est dû au labeur du fils. Si cette erreur a lieu, M. Philippe Boyer s'en consolera facilement: il a rempli un devoir filial, il a accompli une œuvre difficile et utile, il s'est acquitté de sa tâche volontaire avec conscience et talent; à ces titres, malgré le temps qui court, il aura plus d'amis que de détracteurs.

CHAMBEYRON, D. M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

II. *Traité de l'art de formuler, ou Notions de pharmacologie appliquée à la médecine*, par le docteur MIALHE, pharmacien, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc.; 1 vol. grand in-18; chez Fortin, Masson et compagnie. — Ce livre constitue plutôt un ensemble de considérations particulières sur l'art de formuler, applicables à un certain nombre de médicaments, qu'un traité complet sur la matière. L'auteur lui-même en convient. Mon seul but, dit-il, a été de présenter quelques idées nouvelles dont la connaissance me paraît aussi utile aux thérapeutistes que profitable aux malades. Il s'y occupe également de toxicologie. Mais c'est particulièrement sur les mercuriaux et sur les ferrugineux que l'auteur a fait les plus amples travaux. Son livre contient une sorte de monographie sur les premiers, dans laquelle ils sont étudiés sous les points de vue de la chimie, de la thérapeutique et de la toxicologie. Relativement aux ferrugineux, M. Mialhe donne une nouvelle théorie de leur action physiologique, suivie de considérations générales sur la valeur

thérapeutique comparative des diverses préparations martiales les plus habituellement usitées en médecine.

III. *Traité complet des bains considérés sous le rapport de l'hygiène et de la médecine*, ou *Nouveau guide des baigneurs*, contenant, sous une forme abrégée, tout ce qui concerne l'administration des bains et des douches d'eau simple, d'eaux minérales naturelles, avec indication de leurs localités, d'eaux minérales artificielles; les divers bains médicamenteux, les bains et douches de vapeur, les bains russes et orientaux et les fumigations; précédé d'une notice historique sur les bains chez les anciens et au moyen âge, et suivi d'un exposé de l'hydrothérapie; par CORBEL-LAGNEAU, D.-M., ancien médecin des Néothermes; médecin honoraire adjoint des établissements de la Légion-d'Honneur, 1 vol. in-12 de 300 pages; chez Labé. — Ce petit livre est peut-être le premier qui embrasse toutes les matières dont la réunion constitue une étude complète du sujet. Il est fait à la fois pour les médecins et pour les gens du monde. Aux premiers il peut servir de *memento*, propre à rappeler à leur mémoire ce qu'ils savent déjà. A l'exemple de M. Isidore Bourdon, l'auteur a fait deux classes de chaque catégorie d'eaux minérales. Dans la première il a rangé les eaux les plus renommées de chacune de ces catégories, et il s'est contenté d'indiquer rapidement les autres, renvoyant pour plus de détails aux excellentes monographies d'Alibert, de Patissier, de M. Isid. Bourdon. Il a donné quelques détails sur les établissements qui se font remarquer dans les localités les plus célèbres; il a fait également connaître les ressources des principaux établissements de Paris où l'on administre différents bains médicamenteux. Dans son exposé de l'hydrothérapie, M. Corbel-Lagneau s'est attaché à faire ressortir tout ce que cette médication offre de rationnel, de physiologique, de conforme en un mot aux lois de la médecine hippocratique. Il en parle comme d'un modificateur utile et précieux qu'il convient d'essayer contre les maladies chroniques qui se montrent réfractaires à l'action des médications ordinaires, sans toutefois en faire une panacée.

IV. *Précis de médecine opératoire*; par J. LISFRANC, tome premier, première et deuxième livraisons, formant ensemble 352 pages in-8°; chez Béchet jeune. — Il n'est pas besoin de recommander un livre qui porte le nom inscrit en tête de cet ouvrage depuis si longtemps promis et attendu. Comme nous y reviendrons d'ailleurs lorsqu'il sera plus avancé, nous nous bornons aujourd'hui à le signaler. Disons seulement un mot sur l'esprit qui règne dans l'ouvrage de M. Lisfranc.

L'auteur y soutient et y démontre avec avantage sa thèse favorite, l'indispensable nécessité de l'unité de l'art de guérir; il s'y applique spécialement à diriger l'attention de l'opérateur vers la pratique médicale. « J'ai prouvé à ma clinique, y dit-il, que la plupart de mes succès étaient dus à l'alliance heureuse de la médecine et de la chirurgie; les registres de la Pitié fournissent la preuve que j'ai opéré cent malades dans cet hôpital en l'année 1844, et que trois seulement y ont succombé. » On sait aussi que le chirurgien de la Pitié fait consister la gloire de la chirurgie à éviter les opérations sanglantes. Pour ce qui est de la description des méthodes et procédés opératoires, M. Lisfranc emprunte au système linéaire sa précision presque toujours mathématique; en indiquant encore l'angle formé par l'instrument avec l'axe du membre sur lequel il agit, il a aussi géométriquement montré la direction qu'il doit affecter ou suivre. Alors il a pu faire justice de ces expressions vagues et triviales : oblique de haut en bas, de dehors en dedans, d'arrière en avant et de gauche à droite. L'auteur s'est aussi efforcé d'établir des lois générales, certain, d'après sa propre expérience, d'arriver ainsi à simplifier et à faciliter les travaux. C'est ainsi, par exemple, qu'il proclame que si dans un ouvrage de pathologie on voulait réunir dans quelques pages toutes les causes et tous les symptômes appartenant aux phlegmasies des membranes séreuses, que si l'on procédait suivant la même méthode pour le traitement, il resterait ensuite très peu de chose à dire, lorsqu'on s'occuperait de ces phlegmasies en particulier et de leur thérapeutique; ainsi l'on éviterait beaucoup de répétitions au moins inutiles et fastidieuses. C'est un thème qu'il propose aux loisirs des jeunes médecins.—Les deux premières livraisons traitent des généralités de la médecine opératoire et des opérations de petite chirurgie.

V. *De l'hydrothérapie et de son application au traitement de quelques affections chroniques*; par le docteur LUBANSKI, directeur de l'institut hydrothérapique de Pont-à-Mousson (Meurthe), opuscule de 80 pages in-8°, chez Germer-Baillière. — L'auteur n'a point eu l'intention de donner en si peu de pages un traité complet de l'hydrothérapie, pas plus qu'une collection de faits hétérogènes; car il ne croit pas encore venu le temps d'écrire sur la médecine hydriatique des traités *ex professo*. Des divers ouvrages qui ont été publiés sur cette matière, les uns ont une tournure trop peu scientifique, ou, du moins, sont trop entachés d'exagération pour qu'on puisse faire fonds sur eux; les autres, plus sérieux et plus recommandables, sont peu nombreux et ne sont guère d'ailleurs que des aperçus généraux, bons à préparer la voie pour des travaux ultérieurs. Les observations que M. Lubanski a recueillies lui semblent à lui-même de trop fraîche date pour avoir l'importance qu'elles pourront acquérir par la suite. Il insiste dans ce mémoire sur l'usage de l'eau à l'intérieur et sur son action sur le sang, et ne fait que passer en revue les moyens hydrothérapiques externes.

Revue des journaux français et belges.

JOURNAL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE PRATIQUE.

(Mai 1845.)

De l'affection farcino-morveuse chez l'homme; par le docteur A. MARCHANT, de Charenton, médecin adjoint à l'École royale vétérinaire d'Alfort. Deuxième article (1).

De la morve aiguë. — Cette maladie doit être bien rarement exempte du farcin; il en existe cependant deux cas bien avérés, l'un observé en 1839 à l'infirmerie de l'École d'Alfort sur un élève qui avait contracté la maladie par infection et qui en mourut. Le second a été observé par M. H. Landouzy, de Reims; c'est un cas de morve aiguë communiquée du cheval à l'homme par morsure. La maladie dura 14 jours; il n'y eut aucun symptôme farcineux, et à l'autopsie on trouva les lésions caractéristiques de la morve.

M. Marchant définit ainsi la morve aiguë: C'est une maladie générale et spécifique, transmise des solipèdes à l'homme et de celui-ci à son semblable par contagion et par infection, caractérisée principalement par l'apparition de pustules d'une nature particulière, par des gangrènes superficielles, plus rarement par des gangrènes profondes et par un flux nasal appelé par les vétérinaires jetage. Ces symptômes pathognomoniques de la morve aiguë sont toujours précédés par des symptômes généraux de la nature la plus grave.

Le farcin précède le plus souvent la morve aiguë; on voit alors les symptômes de la première maladie apparaître avec leurs caractères propres, et après un temps plus ou moins long la morve aiguë éclate et fait périr les malades.

La marche de la morve aiguë offre trois périodes bien distinctes: 1° une période d'incubation; 2° une période d'invasion; 3° une période que l'on peut appeler d'éruption, pendant laquelle apparaissent les signes qui servent à caractériser la maladie.

La période d'incubation ne paraît pas à M. Marchant devoir être aussi longue que semble l'indiquer M. A. Tardieu, qui pense qu'en général l'incubation est de quinze jours à trois mois pour le farcin, et qu'elle peut durer plusieurs années pour la morve. Suivant les observations de M. Marchant et celles de la plupart des auteurs, lorsqu'on a pu connaître au juste la date de l'inoculation, on voit apparaître les premiers symptômes de la maladie avant le quatrième ou le cinquième jour. Ainsi le virus farcino-morveux manifeste sa présence bien plus promptement que celui de la rage; mais par compensation il n'affecte pas indistinctement, comme ce dernier, tous ceux qui s'exposent à le recevoir; c'est ce qui fait que les vétérinaires ont eu tant de peine à admettre la contagion du cheval à l'homme.

La période d'invasion s'annonce par des troubles fonctionnels d'une grande intensité, tels que décoloration de la face, frisson très prolongé, abattement considérable des forces, céphalalgie quelquefois, douleurs arthritiques et musculaires *prodromiques* (A. Tardieu). L'invasion commence d'autres fois par des accès de fièvre intermittente tierce, qui, traités par les antipériodiques, disparaissent pour un certain temps.

Si la maladie est le résultat d'une inoculation, des phénomènes locaux se manifestent en même temps; mais comme ils appartiennent au farcin, l'auteur ne les mentionnera qu'en traitant de cette maladie.

La durée de la période d'invasion est très variable. M. Marchant pense, toutefois, qu'elle ne doit guère passer le vingtième jour.

Ce n'est qu'à la troisième période qu'apparaissent les caractères spécifiques de la morve aiguë: car jusque-là on n'avait guère que ceux de la plupart des fièvres graves. La prostration alors est extrême; les malades sont tristes; il se mouchent souvent et examinent avec soin le mucus nasal; ils suent abondamment; la peau est décolorée; la fièvre est continue avec des exacerbations le soir. Ces symptômes après être restés quelque temps stationnaires augmentent de gravité. Des pustules d'une nature particulière et spécifique se montrent, principalement sur les joues, la face, les bras et les cuisses, et sur la partie antérieure du tronc, en même temps que des bulles et des phlyctènes gangréneuses. Au bout de deux ou trois jours, le jetage s'établit tout d'un coup; des portions de mucus durci se détachent de l'intérieur des fosses nasales; une rougeur de mauvaise nature se propage du nez jusqu'à la joue correspondante; les paupières sont gonflées, les malades sont dans l'impossibilité d'ouvrir les yeux; ils s'affaiblissent de plus en plus et ils sont dans une rêvasserie continuelle; enfin la connaissance se perd et la mort vient terminer les souffrances.

Le jetage n'a pas toujours lieu par les deux narines; une seule quelquefois en est atteinte. Dans quelques cas il est abondant, d'autres fois il est à peine sensible, et la matière se durcit à mesure qu'elle sort de la narine. D'autres fois il n'y a pas du tout de jetage parce que la matière passe dans l'arrière-bouche et est rejetée par l'expuition.

Lorsque la morve aiguë est précédée par le farcin, et c'est le cas le plus fréquent, c'est par la troisième période que la maladie débute. Les pustules et les gangrènes superficielles paraissent presque en même temps; le jetage vient ensuite. Les malades ne résistent pas longtemps.

(*La suite prochainement.*)

(1) Sous la forme modeste de travaux détachés, M. Marchant publie une monographie complète de la morve. — Nous avons commencé à parler de son mémoire dans notre numéro de juillet dernier.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Empoisonnement par le gaz d'éclairage, observé dans le service de clinique médicale du docteur CANDY. — L'observation suivante nous paraît offrir tant d'intérêt sous le rapport de l'hygiène publique et de la médecine légale que nous la rapporterons en entier, telle qu'on la lit dans le Journal de médecine de Lyon.

OBS. La femme Andriette Cliet, âgée de vingt-sept ans, demeurant avec son mari dans une pièce située rue Tholozan, et éclairée par le gaz hydrogène carboné, ferma, le 19 décembre au soir, comme d'ordinaire, le robinet du gaz; mais une fuite donna issue, pendant la nuit, au fluide toxique qui ne tarda pas à déterminer les accidents réunis de l'asphyxie et de l'empoisonnement.

Le lendemain matin, le mari fut trouvé mort; la femme présentait encore quelques signes de vie. On pratiqua de suite des frictions énergiques, une saignée au bras droit, et l'on promena des applications de moutarde sur diverses parties du corps. Ces moyens, employés avec persévérance, n'ayant pas notablement amélioré l'état de la malade, elle est apportée à l'Hôtel-Dieu le 20 décembre, à quatre heures et demie, et couchée au n° 55 de la salle Saint-Charles.

On l'y trouve couchée en supination, ne donnant aucun signe de connaissance et n'exécutant aucun mouvement. La face est pâle; les paupières sont fermées sans contracture; les pupilles sont de grandeur normale et l'iris se contracte vivement par l'exposition à la lumière. La bouche est entr'ouverte : les rangées dentaires, maintenues dans un écartement d'un centimètre environ, exigent un effort assez notable pour être écartées davantage; les membres, immobiles et dans l'extension, ne peuvent être fléchis qu'avec peine; le pouls est très petit et facilement dépressible; les battements du cœur sont réguliers; la respiration est un peu fréquente et stertoreuse; râle muqueux fort intense dans toute la poitrine; selles et urines involontaires assez abondantes.

Prescription. Potion avec 15 gouttes d'ammoniaque; frictions sternales avec un liniment ammoniacal camphré; 12 sangsues derrière les oreilles.

A huit heures du soir, la malade est toujours sans connaissance et sans mouvement; la peau est chaude et couverte de sueur; la face est restée pâle et le pouls très petit; les membres sont aussi raides; le trismus est plus énergique, la respiration plus bruyante.

Prescription. 16 sangsues derrière le cou, 2 vésicatoires aux jambes.

A dix heures et demie, l'état général est le même. La malade a de nouvelles selles involontaires et vomit quelques matières verdâtres, fétides. Pendant la nuit ces vomissements se reproduisent et les matières présentent l'odeur caractéristique du gaz d'éclairage.

Le lendemain, 21 décembre, à huit heures du matin, on trouve la malade toujours privée de connaissance, mais exécutant quelques mouvements lents et irréguliers, à la suite des stimulations extérieures. Le pansement des vésicatoires lui arrache quelques plaintes inarticulées; la respiration est plus calme et silencieuse par intervalles; on peut, avec un effort modéré, écarter légèrement les mâchoires et introduire les boissons, dont la déglutition est cependant très difficile; pupilles toujours contractiles.

Prescription. Lavement avec le vin émétique trouble et la décoction de séné; moutarde aux cuisses; une sangsue en permanence derrière chaque oreille.

Le soir, l'aspect de la malade est à peu près celui d'une personne endormie; ses membres exécutent, de temps en temps, quelques mouvements sans but, mais aussi sans brusquerie ni convulsion; la respiration est presque silencieuse; les râles thorachiques presque nuls; le pouls, toujours faible, est légèrement irrégulier.

Prescription. Potion avec infusion de menthe et 15 gouttes ammoniacales.

22 décembre, huit heures du matin. — La figure a repris sa couleur normale; les membres n'ont plus de raideur; on écarte assez facilement les mâchoires et la déglutition se fait bien; la malade paraît comprendre qu'on lui adresse des questions et tourne ses regards vers les personnes qui lui parlent : elle a prononcé ce matin quelques mots sans suite.

Prescription. Potion ammoniacale; lavement vinaigré.

A quatre heures du soir elle répond, quoique lentement et par monosyllabes, aux questions qu'on lui adresse à très haute voix. Elle dit avoir un peu de céphalalgie et ne souffrir aucunement du ventre. Priée de tirer sa langue, elle écarte à grand' peine ses mâchoires de quelques lignes; et, pendant ses efforts, une contraction irrégulière des masséters imprime à la mâchoire inférieure un tremblotement continuel. On ne peut voir que la pointe de la langue qui paraît animée et saburrale.

23 décembre. — La connaissance se rétablit de plus en plus complètement; la langue, qu'elle meut librement, est un peu tuméfiée, rouge et recouverte d'un enduit jaunâtre épais; la bouche et le gosier sont douloureux; le pouls reste petit et sans fréquence.

Prescription. Potion éthérée; lavement vinaigré.

Le 24, il ne reste plus de tous les accidents de l'empoisonnement qu'un peu de stupeur, de la lenteur dans les mouvements et la parole, de la pesanteur de tête et une stomatite que révèlent l'odeur fétide, la rougeur et l'empreinte des dents sur la langue tuméfiée. Cette stomatite diminue les jours

suivants ; mais, le 28, la langue est prise rapidement d'un gonflement notable, qui lui fait faire saillie entre les dents et s'accompagne de rougeur et de plaques pseudo-membraneuses.

Prescription. Cataplasme sous-maxillaire ; lavement camphré.

Cette glossite, qui cesse le troisième jour, n'empêche pas l'état général de s'améliorer de jour en jour et, le 2 janvier, la malade peut se lever et faire seule le tour de la salle. Elle sort le 8 entièrement guérie.

(*Juin* 1845.)

LA CLINIQUE DE MONTPELLIER.

(Numéro du 20 juillet 1845.)

Colique des peintres ; traitement de l'hôpital Saint-Eloi ; par M. BORDES-PAGÈS, D. M. — Le traitement suivi dans les services des professeurs Broussonnet et Caizergues a consisté à remplir les indications selon que les présentait l'analyse clinique. C'est le conseil que donne Grimaud. Il fait observer qu'il faut avoir égard dans cette colique à la fièvre qui la complique. Si cette fièvre est véritablement inflammatoire, il veut qu'on saigne, et c'est ce que l'on a fait lorsque cet état était bien marqué et prédominant.

S'il y a, ce qui arrive assez souvent, une complication gastrique ou bilieuse, les vomitifs et les purgatifs sont indiqués au début. Il n'est cependant jamais prudent, selon Grimaud, d'avoir recours à des drastiques aussi violents que le mochlique de la Charité. D'accord en cela avec Stoll, le célèbre professeur de Montpellier regarde même l'emploi des purgatifs comme dangereux quand la colique des peintres est sans complication de gastricité; c'est au point, dit-il, qu'un léger lavement purgatif a quelquefois ramené les douleurs et la maladie.

Enfin si la colique est pure, ou qu'elle ait été dégagée de toute complication, Grimaud conseille, d'après Stoll, l'emploi soutenu de l'opium comme le spécifique de cette colique (1). L'opium, d'après lui, animant le système vasculaire ou irritable des membranes muqueuses, y allume une fièvre qui résout le spasme. Il recommande aussi les boissons mucilagineuses abondantes, les tisanes acidulées qui sont une espèce d'antidote.

Le traitement suivi à l'hôpital Saint-Éloi a été conforme à ces principes. On a cherché à dégager les intestins et à rétablir la liberté du bas-ventre en employant divers purgatifs, le calomel, l'huile de ricin, celle d'amandes douces, la manne, le séné, la résine de jalap. On a répété les lavements purgatifs ou émollients.

Quand les douleurs étaient aiguës, on les a combattues au moyen des bains de siége, des fomentations émollientes sur le bas-ventre, des embrocations avec l'huile de jusquiame, le laudanum et le camphre ; on a donné à l'intérieur l'extrait de jusquiame blanche, l'opium soit en substance, soit sous forme d'extrait, en le continuant plusieurs jours; on a tâché de rompre l'état spasmodique au moyen du camphre associé au nitre ; on a prescrit quelques grains d'assa-fœtida en lavement. On a donné pour tisane de la limonade sulfurique, de la limonade végétale éthérée, et quelquefois pour tout aliment du lait cru. Quand l'état aigu avait cédé, on a combattu la paralysie ou l'atonie plus ou moins grande des membres en prescrivant à l'intérieur des fleurs d'arnica, et à l'extérieur des frictions sur la colonne vertébrale, avec le liniment de Rosen ; on faisait prendre souvent des bains entiers.

(1) Voyez dans notre numéro de juillet dernier et plus bas dans celui-ci le résultat de la reprise de cette méthode par un médecin italien.

Fièvres larvées.

Hémicrânie et douleurs orbitaires intermittentes guéries par le sulfate de quinine. — Le nommé Grailhe, ouvrier maçon, marié, menant une vie régulière, vint consulter M. H. Rodrigue le 10 mai 1844. Il a longtemps éprouvé des céphalalgies atroces qui venaient à des époques variables et qui ont cédé à l'occasion du développement d'une éruption lenticulaire rosée de toute la surface de la peau.

Maintenant ce malade est depuis une semaine pris tous les jours à 3 heures d'une hémicrânie à droite ; l'œil de ce côté s'injecte, les paupières se gonflent, une douleur très vive se fait sentir au fond de l'œil et arrache des cris au malade ; les paupières et le globe oculaire sont agités de mouvements convulsifs ; l'œil est sec ; mais l'accès se termine au bout de quatre heures par une abondante sécrétion de larmes. Insomnie pendant la nuit. Un autre médecin a employé inutilement les antiphlogistiques, les calmants et les révulsifs.

Comme il existait alors beaucoup de fièvres intermittentes, M. H. Rodrigue prescrivit le lendemain matin au malade 1 gramme de sulfate de quinine en 6 pilules, une chaque heure, de neuf heures à deux heures. Ce jour-là l'accès est retardé et il est moins intense. Le sulfate de quinine est continué les jours suivants à dose croissante de 1 décigramme jusqu'à ce qu'il soit porté à 2 grammes. Le dixième jour, une sueur abondante se manifeste; le malade mouille cinq ou six chemises ; la sueur a une odeur âcre. L'accès ne revient plus. On diminue la dose de sulfate de quinine de 2 décigrammes en 2 décigrammes jusqu'à ce que la santé soit parfaitement rétablie. L'œil droit est resté plus faible que l'autre pendant quelque temps.

Fièvre larvée compliquant la coqueluche; observation due au docteur MORAND, de Tours. — Le jeune Ripaux, de Saint-Symphorien, âgé de 7 ans, est atteint depuis trois semaines d'une coqueluche qui jusque-là n'a présenté aucune gravité. Cependant, le 21 octobre 1837, à sept heures du soir, il lui survient une oppression et une espèce d'étranglement qui

étonnent ses parents. Bientôt il se jette dans les bras de sa mère en poussant des cris désordonnés. La respiration s'embarrasse, devient sifflante; les yeux sont convulsés, saillants, renversés en haut. Cet état dure environ une minute, puis la crise se calme un peu, reprend, diminue, s'exaspère encore, et finit par cesser au bout d'un quart d'heure. Le 22 et le 23, retour de la même crise, à la même heure et avec les mêmes phénomènes. Les parents inquiets envoient chercher M. Morand à l'heure où l'accès doit avoir lieu et l'y font assister. Reproduction des mêmes symptômes. Le pouls est à peine agité; point de chaleur à la peau; point de céphalalgie. M. Morand n'hésite pas alors à faire prendre au jeune malade 60 centigrammes de sulfate de quinine. L'accès ne s'est plus renouvelé. Par précaution, une autre dose de sulfate de quinine est administrée; puis la coqueluche, combattue par l'extrait de belladone, a disparu à son tour en douze jours.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

Note sur un cas de fièvre scarlatine, avec abcès du côté gauche du cou et suppuration suivie d'hémorrhagie mortelle; par le docteur J. de Bal, de Sweveghem. — Ce n'est pas la première fois que nous citons un cas de ce genre. Nous en avons déjà mentionné deux pareils dans notre collection (1). Chez la petite malade de douze ans dont il est question dans cette note, l'éruption scarlatineuse avait presque totalement disparu sans accident. Mais il existait, depuis l'apparition de l'exanthème, une tuméfaction à la gorge avec sentiment de constriction autour du cou. On mit huit sangsues sur ce gonflement, on y appliqua ensuite des cataplasmes stimulants. La tumeur se développa principalement du côté gauche. Le 22 mars, l'auteur, croyant y sentir quelque fluctuation, voulut en faire la ponction avec une lancette; mais la malade s'y refusa. Elle avait toujours de la fièvre et son pouls était très faible. Le 23, l'abcès fut ouvert et donna issue à une grande quantité de pus et de sérum. La desquamation commençait. Le 24, la fièvre étant moins forte, on donna des toniques, l'eau panée vineuse, de la décoction de quinquina. L'abcès suppurait toujours beaucoup, et il en fut ainsi jusqu'au 30. Ce jour-là, vers neuf heures du matin, on vint appeler l'auteur en toute hâte en lui annonçant que la malade perdait beaucoup de sang par l'ouverture de l'abcès. A son arrivée, la petite fille était en syncope; un peu de vin la remit. La perte de sang devait avoir été considérable, à en juger par les traces répandues sur le lit. Les assistants avaient placé un peu d'étoupes et un petit bandage sur la plaie. L'auteur laissa le tout à demeure, sans rien déranger, de crainte de renouveler l'hémorrhagie. Un caillot d'un volume assez considérable s'était formé dessous. Il quitta la maison en promettant de revenir l'après-dîner; mais vers les trois heures on vint lui annoncer qu'une hémorrhagie s'était de nouveau déclarée et que la malade venait d'expirer.

M. de Bal obtint de faire l'autopsie de l'abcès. Après avoir enlevé les linges du cou, il vit une tumeur de la grandeur d'un poing d'homme. Après l'avoir incisée et bien épongée, il trouva que la suppuration avait détruit une partie de la veine jugulaire interne dans une étendue d'un travers de doigt.

L'auteur fait observer, pour sa justification, que le pus n'avait jamais séjourné longtemps dans la tumeur.

Cette observation prouve qu'il ne faut pas trop se fier à ce que disent les auteurs de chirurgie, particulièrement Boyer, sur l'innocuité du pus au voisinage des vaisseaux. Il n'y a pas eu dans ce cas de gangrène qui explique la destruction de la veine. Le pus avait donc une propriété corrosive particulière, comme cela s'observe quelquefois dans les métastases des maladies internes. Nous croyons que l'abcès rentrait, par sa position et les circonstances qui l'environnaient, dans la catégorie de ceux que l'on doit ouvrir avant maturité.

L'auteur ajoute plus loin qu'il a expérimenté, dans une épidémie de scarlatines, la vertu prophylactique de la belladone sans le moindre succès. (2e *livraison de* 1845.)

Observation d'une névralgie fémoro-poplitée, suivie de guérison radicale; par le docteur Gheerbrant, de Nieuport. — Véronique Boerhave, 68 ans, jardinière à Lombartzyde, constitution robuste, mariée, est atteinte d'une sciatique aiguë du côté droit qui la retient au lit depuis trois mois. Décubitus sur le dos impossible; rétraction continuelle du membre. Un frisson général précède la douleur, qui s'accompagne toujours de mouvements convulsifs; l'accès de cette douleur vive et insupportable, qui parcourt tout le trajet du nerf sciatique jusqu'au pied, ne dure qu'une demi-heure et revient régulièrement toutes les six heures. Pendant l'apyrexie, le pouls est petit et accéléré, la peau sèche et brûlante, la langue rouge et pointue, les selles et les urines rares.

L'auteur, appelé le 1er janvier 1842, prescrivit les remèdes suivants : diète, boissons mucilagineuses; à prendre trois cuillerées par jour, c'est-à-dire une cuillerée le matin, une à midi et une le soir, de la préparation suivante:

Pr. :	Essence de térébenthine,	2 drachmes.
	Miel rosat,	4 onces.

Et, à la même heure, une friction le long du nerf malade avec le liniment suivant:

Pr. :	Essence de térébenthine,	1 once.
	Huile de camomille,	2 onces.
	Laudanum de Sydenham,	1 drachme.

Huit jours (le 8 janvier), amélioration notable;

(1) Numéro de juin 1841, VIIIe année, 2e semestre, p. 255.

accès moins fréquents; diminution des douleurs, langue large et humide, pouls régulier, transpiration facile; toutes les autres fonctions sont normales.

Le 15 janvier, la malade peut étendre la jambe et se tenir debout en s'appuyant sur le dos d'une chaise.

Le 21 janvier, disparition de tous les symptômes, sauf la marche un peu boiteuse et douloureuse. Continuation du même traitement jusqu'au 3 février. La guérison était alors complète. Deux ans après elle ne s'était pas encore démentie. (*Ibid.*)

JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

Du bandage de sparadrap dans la hernie ombilicale des enfants; par le docteur SEUTIN. — Ce chirurgien commence par poser en principe qu'il faut contenir les parties, mais en les comprimant le moins possible; c'est pour cela qu'il rejette le brayer et le bandage avec les bandes roulées, qui sont les moyens le plus ordinairement employés, pour leur substituer le sparadrap de diachylon qu'il emploie de la manière suivante :

La hernie étant réduite, le chirurgien place une petite boulette d'ouate sur l'ouverture et l'y maintient avec le doigt indicateur; puis, avec le pouce et le doigt médius de la même main, il ramène la peau de chaque côté, de manière à encadrer la ouate dans un pli longitudinal qui est achevé et maintenu du côté opposé par un aide. La bande de sparadrap est alors appliquée; l'une des extrémités, placée sous la région lombaire, est maintenue par l'aide, tandis que le chirurgien ramène l'autre extrémité au côté opposé, en tirant suffisamment pour maintenir la formation des plis. Les doigts placés à l'ombilic abandonnent peu à peu les parties qu'ils contenaient, à mesure que les adhérences du sparadrap y suppléent. Le ventre de l'enfant est ensuite enveloppé de quelques tours de bande de toile légèrement amidonnée, de manière à recouvrir toute la bande emplastique. Cette bande de toile n'est d'ailleurs placée que pour faire adhérer le diachylon, et on l'enlève quelques heures après son application.

M. Seutin renouvelle ce bandage ordinairement tous les quinze jours ou toutes les trois semaines. S'il survient une éruption, il décolle une des extrémités de la bande jusqu'à l'endroit envahi, y applique une compresse cératée et remet la bande en place. On n'a point besoin, de cette manière, de déranger le reste de l'appareil.

Revue des journaux allemands.

JOURNAL FÜR DIE KINDERKRANKHEITEN.

N° de janvier 1845.

Compte-rendu annuel des maladies des enfants observées dans mon service de la maison des orphelins de Stockholm pendant l'année 1843; par le docteur BERG, médecin en chef de cet établissement. — Ce mémoire contient un relevé statistique de 2571 cas de maladies. Le tableau que l'auteur en a dressé par colonnes mensuelles serait fort curieux à consulter, ne fût-ce que pour établir la fréquence comparative des diverses maladies de l'enfance dans nos climats tempérés et sous la froide latitude de la capitale de la Suède. On y voit que les maladies les plus fréquemment observées à Stockholm sont, en prenant l'échelle ascendante, l'ophthalmo-blennorrhée, 61 cas; l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, 67; le strophulus, 74; la gale et les furoncles de chaque espèce, 81 cas; l'eczéma, 110; l'impétigo, 123; l'érythème intertrigo, 161; la diarrhée ou entéro-colite chronique, 191; les aphthes, 195. On passe ensuite à une proportion effrayante pour les inflammations des muqueuses aériennes; l'auteur annonce 322 cas de trachéo-bronchite; la bronchite capillaire compte 46 cas; la pleuro-pneumonie, 41, et le coryza, 79. Le chiffre le plus élevé de tous, celui de 387, comprend sous le nom de *gastricisme* plusieurs maladies, telles que la gastrite aiguë et la chronique, la gastromalacie, les érosions hémorrhagiques du ventricule, les ulcérations, l'entéro-colite chronique, l'adénite mésaraïque chronique et autres affections de même famille, qui sont assez difficiles à diagnostiquer entre elles, mais qui ont pour caractère commun de conduire à l'atrophie.

On est étonné de ne voir figurer dans ce tableau que 4 cas de convulsions; l'œdème de la glotte y figure pour 1 cas; la péritonite pour 1 aussi; la fièvre intermittente pour 4; les hernies inguinale et scrotale pour 5 cas; celle de l'ombilic pour 35; les hypertrophies du foie et de la rate chacune pour 19 cas. On est étonné d'y voir figurer le rhumatisme articulaire même pour un seul cas. Il n'y a qu'un cas de rachitis, ce qui est remarquable; il y en a 8 de tubercules, 32 d'otorrhée. L'érysipèle vrai a été observé 21 fois. Le pemphygus est beaucoup plus commun; car il en a été observé 41 cas.

En suivant les colonnes comparatives de chaque mois de l'année, nous n'avons pas remarqué de différences sensibles entre elles relativement à la fréquence de chaque maladie. Pour ne parler que des affections les plus fréquentes en Suède, les catarrhes de la trachée et des bronches, nous voyons pour les douze mois de l'année les douze chiffres suivants, à commencer par janvier, 39,17,12,31,51,35, 19,14,26,22,13,13. Dans ces latitudes élevées, il n'y a que deux saisons : un hiver fort long et fort rigoureux, un été très chaud, mais très court; or nous ne voyons pas que ni l'un ni l'autre se distinguent par des affections spéciales.

L'auteur fait observer que la mortalité a été moindre cette année dans son service. Il at-

tribue cet heureux résultat, partie à des améliorations diverses, partie à l'absence d'affections épidémiques et contagieuses.

Après cet exposé statistique, l'auteur appelle l'attention sur quelques cas particuliers.

Paralysie du nerf facial. — M. Berg en a observé trois cas. Dans chacun d'eux ce phénomène était purement mécanique; dans l'un d'eux, cette paralysie est survenue chez un enfant tuberculeux trois jours avant sa mort; elle était due à la pression exercée sur le nerf à sa sortie du crâne par un amas glandulaire rempli de matière tuberculeuse. Dans un second cas, la paralysie faciale se montra chez l'enfant quelques jours après son admission, et l'on fut quelque temps sans en pouvoir découvrir la cause; mais, quelques semaines après, il se développa à l'angle de la mâchoire une tumeur dont l'ouverture donna issue à une grande quantité de pus; l'abcès se cicatrisa et le nerf facial recouvra ses mouvements. Le troisième cas de paralysie faciale était dû à un céphalématome de chaque tempe.

Œdème de l'épiglotte. — L'auteur n'en a observé qu'un cas, qui est le suivant : Une petite fille de six mois eut un impétigo de la tête le 24 mai ; le 19 juin elle eut un vomissement abondant, et le 21 du même mois il lui survint de la diarrhée avec une forte toux qui s'accrut surtout le 24, lorsque les douleurs abdominales quittèrent l'enfant. L'inspiration et l'expiration étaient suivies d'une sorte de cri rauque qui s'entendait de très loin. L'auscultation ne fournissait aucun signe particulier; ceux fournis par la percussion étaient normaux; la respiration était diaphragmatique. Quelques jours après il survint de l'œdème au pourtour des lèvres et il sortit par les narines une secrétion verdâtre. Après l'emploi des cataplasmes, de révulsifs cutanés, d'un vomitif et d'une injection de solution de nitrate d'argent, la respiration revint à l'état normal. L'auteur pense que l'œdème de l'épiglotte dut en partie sa disparition à l'inflammation érythémateuse qui se manifesta en quelques points du pourtour de la bouche.

SCMIDT'S JAHRBUCHER.

Du sublimé corrosif dans la péripneumonie typhoïde et dans la gangrène nosocomiale ; par le docteur HEYNE. — L'auteur donne une longue description des caractères propres à la variété de pneumonie qu'il appelle typhoïde; c'est une sorte de pneumonie bilieuse à son début avec tendance à l'ataxie. Au début de la maladie, il prescrit une saignée de 6 à 12 onces; en même temps il donne le tartre stibié à doses réfractées avec l'ipécacuanha s'il y a de la diarrhée ou des phénomènes gastriques. Si le malade a bien toléré la première saignée, si celle-ci a été couenneuse, il en fait une seconde plus modérée. Il s'abstient de la saignée s'il se présente des symptômes cérébraux ou de prostration générale. Le moment opportun d'employer le sublimé est lorsqu'on voit de l'abattement, du délire, tendance à l'assoupissement avec sècheresse de la langue et oppression de la poitrine. La dose est d'un grain par 24 heures dans les cas les plus graves; dans les cas ordinaires, on se contentera d'en prescrire 1/2 grain ou seulement 1/3 de grain dissous dans de l'eau simple ; en même temps on prescrit une diète sévère, des boissons mucilagineuses, ou simplement de l'eau sucrée. Lorsqu'il y a diarrhée profuse ou tendance au vomissement, on peut ajouter à la solution de sublimé de la teinture d'opium. Sous l'influence de cette médication, la maladie prend une bonne direction dans l'espace de 36 heures. On peut alors au besoin revenir aux antiphlogistiques ou à l'expectation, suivant l'indication. L'auteur n'a jamais prolongé plus de huit jours l'administration du sublimé; il en fait décroître la dose en même temps que la maladie décroît elle-même; il ne donne cependant jamais moins d'un huitième de grain ; il abandonne ensuite la maladie à elle-même. Le calomel ne lui paraît pas, dans ces circonstances, pouvoir soutenir la comparaison avec le sublimé. Ce dernier lui a encore rendu des services dans la pneumonie des vieillards ; il lui a aussi servi comme moyen diagnostic pour distinguer la pneumonie tuberculeuse aiguë de la pneumonie typhoïde ; car, tandis que celle-ci se trouve le plus souvent rapidement amendée par la solution de sublimé, la première n'en poursuit pas moins invariablement sa marche fatale.

De quelle manière agit le sublimé dans la pneumonie typhoïde? c'est ce que l'auteur ne saurait dire; car il n'a observé aucune secrétion appréciable à la suite de son emploi. Son efficacité dans la gangrène nosocomiale est quelque chose de plus énigmatique encore. L'auteur cite des cas nombreux de guérison de cette affection conduits à parfaite guérison par le seul usage interne du sublimé; car aucun topique n'avait été appliqué sur les ulcères gangréneux.

HANNOVERISCHE ANNALEN.

Du baume de Pérou dans le traitement du diabète sucré ; par le docteur VAN NES. — La glucosurie est une affection si rebelle aux divers agents thérapeutiques que l'on a employés contre elle que l'essai d'un nouveau moyen n'est pas inutile à connaître.

Un homme de 40 ans, de constitution cachectique, présentait tous les symptômes du diabète. M. Van Nes lui prescrivit l'usage immédiat de 40 à 45 gouttes de baume du Pérou, prises deux à trois fois par jour, en lui recommandant de lui conserver de son urine. Au bout d'une semaine de traitement, le malade, qui sentait déjà son état bien amélioré, vint apporter de son urine à l'auteur. Cette urine, soumise à l'évaporation, fournit un résidu ayant l'odeur, la consistance et l'aspect du miel ; la combustion dégageait une odeur de caramel. L'urine de ce malade, conservée pendant plusieurs jours, devint acide, tandis que l'urine normale devient ammoniacale.

Le diagnostic ainsi posé, M. Van Nes porta le baume de Pérou à la dose de quatre à cinq cuillerées à thé par jour. Le résultat dépassa bientôt les espérances. Après trois semaines seulement de traitement, la soif avait disparu et le malade n'urinait plus qu'une seule fois par nuit. Au bout de cinq semaines, l'urine ayant repris ses caractères normaux, et le malade se trouvant entièrement rétabli, le baume du Pérou fut suspendu.

MEDICINISCHE ZEITUNG.

Efficacité de l'extrait de brou de noix dans l'engorgement chronique des amygdales; par le docteur BECKER. — Un jeune garçon était affecté de congestion ancienne des tonsilles; la tuméfaction existait depuis plusieurs années, et elle était portée à tel point que la phonation était devenue très difficile, et la respiration souvent impossible pendant la nuit. L'auteur prescrivit l'application à l'aide d'un pinceau de la solution suivante :

Extrait de brou de noix	4 grammes.
Eau distillée	60 —

M.S.A.

L'effet de ce topique fut si rapide que l'engorgement tonsillaire avait disparu avant qu'on eût épuisé la totalité de cette solution.

Revue des journaux italiens.

IL RACCOGLITORE MEDICO.

Placenta expulsé trois mois après l'accouchement au moyen de l'ergot de seigle; par le docteur DAZIO OLIVI. — L'auteur fut appelé à visiter, conjointement avec le professeur Louis Malagodi, une femme de la campagne, de 30 années environ, et mère de deux enfants. Elle avait eu, trois mois auparavant, de nouvelles couches qui s'étaient assez bien terminées, sauf qu'elle avait eu à la suite des pertes utérines légères, mais opiniâtres, accompagnées de douleurs à l'utérus et d'une sensation de faiblesse, ce qui l'avait empêchée de reprendre ses occupations habituelles. Cette hémorrhagie n'était point encore passée. La malade n'avait point de fièvre.

Le professeur Malagodi trouva au toucher l'utérus quelque peu distendu, résistant, comme s'il y eût eu en dedans un corps étranger; l'orifice était presque entièrement fermé. Il demanda alors à la malade si le placenta avait été retiré au moment de l'accouchement; elle lui répondit qu'il ne l'avait point été, que l'accoucheuse, après avoir essayé inutilement de l'extraire, avait fini par en abandonner l'évacuation aux seules forces de la nature. Le docteur Malagodi pensa que la métrorrhagie avait été produite et entretenue par le séjour si prolongé du placenta dans la matrice. Comme il n'était plus possible de l'aller chercher avec la main, le professeur prescrivit à la malade une certaine dose d'ergot de seigle pulvérisé, à prendre en plusieurs fois dans la journée. A peine la dernière dose était elle prise, que la femme commença à ressentir des douleurs utérines plus fortes et plus fréquentes que d'habitude; bientôt les parois de la matrice se contractèrent fortement et finirent par expulser une masse charnue, compacte, de couleur rougeâtre, présentant la forme de la cavité utérine. Le professeur Malagodi s'assura que c'était réellement le placenta. Les douleurs et la métrorrhagie cessèrent et la femme se rétablit promptement.

(*N^os du* 18 *et du* 25 *août* 1845.)

IL FILIATRE SEBEZIO.

Calcul vésical dans le noyau duquel on a trouvé du mercure. — Le professeur MALAGO ayant extrait par l'opération de la taille un calcul d'environ quatre onces, chez un jeune homme de 18 ans, présenta ce calcul à l'Académie de Ferrare, demandant que les chimistes de cette société en fissent l'analyse. Trois personnes furent désignées par la Société savante. M. Agostino Galli, un des chimistes, trouva dans le calcul une substance grasse, de la matière animale, de l'urate d'ammoniaque, du phosphate ammoniaco-magnésien, de l'acide urique, de la chaux, puis enfin une matière de couleur jaune obscur qui résista aux agents employés. Cette matière ayant été arrosée avec de l'eau distillée, placée sur un filtre et réunie en un seul tas, on y remarqua à l'œil nu quatre globules de mercure; d'autres beaucoup plus petits furent ensuite reconnus à l'aide d'une forte loupe. Comme les autres expérimentateurs n'avaient pas observé ce phénomène, et qu'on prétendit que le mercure pouvait s'être trouvé dans un des réactifs employés, une nouvelle commission répéta les expériences et obtint les mêmes résultats, sauf que la quantité de mercure obtenu fut beaucoup moindre. Après avoir bâti mille hypothèses sur l'origine de ce mercure, M. Malago parvint à savoir que le jeune homme chez lequel il avait extrait le calcul avait été soumis, vers l'âge de sept ans, à l'usage longtemps prolongé des frictions mercurielles pour une tumeur lymphatique. (*Juin* 1845.)

BULLETTINO DELLE SCIENCE MEDICHE DI BOLOGNA.

Premier semestre de 1845.

Rétention d'urine et flux hémorrhoïdal considérables guéris par l'ergot de seigle. — Le docteur Canuto CANUTI rapporte les deux observations suivantes :

OBS. 1. — Une dame de 75 ans environ, d'un tempérament sec, mais sanguin, privée depuis longtemps de la vue par suite d'une altération profonde des

deux yeux, était sujette à des douleurs de tête et à des vertiges suivis d'attaques d'hémiplégie. Le membre supérieur restait plus longtemps paralysé que l'inférieur; la parole était embarrassée, quoique la langue fût libre. Elle avait de fréquents vomissements et elle sentait son intelligence s'obscurcir. La malade était en outre atteinte de rétention d'urine. On parvint toutefois à arrêter la plupart de ces fâcheux symptômes au moyen d'une saignée, des drastiques et des révulsifs. Les céphalalgies, les vertiges et les vomissements cessèrent; mais la paralysie persista, particulièrement celle de la vessie. Ce fut dans ces circonstances que l'auteur prescrivit l'ergot de seigle à la dose de 30 grains en infusion. Dès le sixième jour de ce traitement, il ne fut plus nécessaire de pratiquer le cathétérisme, la malade ayant pu uriner spontanément. Le seigle ergoté aurait peut-être aussi été avantageux contre la paralysie; mais la malade, satisfaite du résultat qu'elle en avait obtenu, n'en voulut plus continuer l'usage.

Obs. 2. — Un homme entre les deux âges, d'un tempérament bilieux, ayant des habitudes sédentaires, souffrait depuis longtemps d'un flux hémorrhoïdal qui l'avait considérablement affaibli. Les téguments étaient pâles, légèrement œdématiés; petite fièvre le soir. Divers moyens pharmaceutiques avaient été employés sans effet. Il suffit pour arrêter ce flux de sang de l'emploi de l'ergot de seigle pendant une semaine à la dose d'un demi-gros par jour. Cet agent n'eut cependant aucun effet sur le pouls qui continua à rester fébrile. L'auteur le supprima alors pour lui substituer les martiaux et les amers dont un long usage ramena le malade à sa première vigueur. La suppression de cette habitude morbide n'exerça aucune fâcheuse influence sur la santé générale.

Goître anévrysmal opéré avec succès, par le professeur Francesco Rizzoli. — Cette observation est relative à une femme de 27 ans, mariée, qui portait au devant du cou une tumeur dont la marche fut si rapidement croissante que l'auteur la reconnut pour être de nature anévrysmale. Comme elle faisait le plus grand obstacle à la respiration et à la déglutition des aliments même liquides et que la malade allait périr d'inanition ou de suffocation, l'auteur ne vit plus de remède que dans une opération. Le docteur Demetrio Razi décrit ainsi le procédé opératoire qui fut exécuté par le professeur Rizzoli.

L'opérateur fit d'abord sur les téguments qui recouvraient la tumeur une incision qui allait de la partie moyenne du cartilage cricoïde jusqu'au sternum. Ayant ensuite incisé le muscle peaucier, les couches cellulaires sous-jacentes, il put renverser en dehors avec un doigt les muscles sterno-hyoïdiens et thyro-hyoïdiens, ce qui mit à découvert presque toute la face antérieure de la tumeur, laquelle présenta l'apparence d'un tissu cellulo-fibreux dense; puis il chercha avec le même doigt à isoler la tumeur des adhérences qu'elle formait sur les côtés et postérieurement avec les parties voisines; il ne put entraîner au dehors que la portion de la tumeur qui était sous le sternum; c'était justement le point qui exerçait la compression la plus fâcheuse. Il parvint ainsi peu à peu, par des tractions prudentes, à isoler cette tumeur jusqu'à son point d'origine qui tenait à la glande thyroïde par un pédoncule assez large; mais, arrivé là, il lui fallait s'assurer de la nature réelle de la tumeur pour se déterminer à pratiquer, soit l'excision, soit la ligature. L'opérateur fut affermi dans son premier diagnostic, d'abord en sentant ce frémissement que Walther assigne pour caractère au bronchocèle anévrysmal, mais surtout lorsqu'après avoir pratiqué dans la tumeur plusieurs ponctions avec le bistouri, il en vit sortir une grande quantité de sang artériel. Craignant une hémorrhagie mortelle s'il pratiquait l'excision, il jeta une forte ligature sur le pédoncule qui rattachait la tumeur à la glande thyroïde; il maintint ensuite la tumeur en dehors du sternum pour éviter la compression de la trachée.

La tumeur tomba huit jours après l'opération. Elle avait la forme d'une grosse poire fanée, avec un pédicule de deux centimètres de diamètre; en somme, elle avait huit centimètres de longueur, six de largeur, et pesait un peu plus de trois onces.

La cicatrisation s'opéra très bien. La malade put dès lors respirer et avaler librement; au bout d'un mois d'un régime restaurant, elle se trouva parfaitement rétablie.

MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Deux cas de danse de Saint-Guy guéris par le sulfate de quinine et trois cas de colique saturnine guéris par l'opium; par le docteur Antonio Triberti, médecin en chef du grand hôpital de Milan.

Obs. 1. — Le 28 avril 1844, Mariani Charles, âgé de 11 ans, est entré à l'hôpital pour une danse de Saint-Guy qui s'était développée deux mois auparavant à la suite d'une peur. Ce malade présentait les attitudes les plus ridicules; les mains et les jambes à la fois étaient agités de mouvements involontaires; les bras se refusaient à faire le service de la bouche, les jambes refusaient de rester posées dans un endroit fixe; quoique les mouvements involontaires fussent continuels, les facultés intellectuelles n'en étaient nullement altérées. Les autres conditions de santé étaient d'ailleurs bonnes. L'auteur débuta par prescrire une infusion laxative, laquelle procura dix selles sans lombrics. Le 29 au matin, il fit prendre au malade une dose de sulfate de quinine dissous dans neuf onces d'eau distillée avec addition de douze gouttes d'acide sulfurique. Le 30, continuation de la même solution. Le 1er mai, on prescrit un scrupule de sulfate

de quinine avec un demi-gros de sucre divisé en six paquets à prendre de deux heures en deux heures; limonade minérale pour tisane. Cette dose de sulfate de quinine fut prise dans les vingt-quatre heures; elle fut continuée jusqu'au 10 mai inclusivement, au grand avantage du malade qui commença à récupérer le commandement de ses membres, tant les supérieurs que les inférieurs. Le 11, le malade accuse de la constipation; on le purge. Le 12, on reprit le sulfate de quinine quoique tous les symptômes choréiques eussent déjà disparu. Le malade sortit le 15 mai parfaitement guéri.

L'observation II est en tout conforme à la première pour l'âge du malade, pour les circonstances pathologiques et pour la rapidité de la cure. Ce dernier prit vingt scrupules de sulfate de quinine en vingt-six jours.

— Le docteur Triberti rapporte ensuite trois nouveaux cas de colique saturnine guéris par l'opium. Ces faits viennent à l'appui de ceux qu'il a déjà publiés il y a quelque temps et dont nous avons parlé dans notre numéro de juillet dernier.

(*N° de mai et de juin* 1845.)

Revue des journaux anglais.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Excavation tuberculeuse du poumon gauche, traitée avec succès par la perforation de cette cavité à travers les parois thoraciques; par MM. HASTINGS et STORKS, *avec des observations pratiques sur cette opération*, par M. HOCKEN.

OBS. — M. E. G...., ecclésiastique, âgé de 38 ans, a présenté successivement, depuis quatre ans, tous les symptômes de la phthisie pulmonaire. Pour abréger, nous les passerons sous silence et nous dirons seulement que le 10 août 1844, lorsqu'il consulta M. Hastings, celui-ci constata, entre autres lésions pulmonaires, un gargouillement et une pectoriloquie plus prononcés vers le troisième espace intercostal du côté gauche que partout ailleurs. La dyspnée était considérable, le pouls à 132°, la respiration à 32°. Jusqu'au mois de novembre suivant, le malade fut traité par l'huile de naphthe, remède actuellement de mode en Angleterre contre la phthisie; des pleurésies très fréquentes furent combattues par des vésicatoires. L'état général s'améliora et le pouls descendit à 108°; il n'en fut pas de même de l'état local, et la cavité du poumon gauche augmenta d'étendue. M. Hastings eut alors l'idée de perforer cette caverne, opération déjà proposée en 1826 par Barry de Dublin, à laquelle le malade se prêta volontiers, et qui fut exécutée le 15 novembre 1844, de la manière suivante:

Une incision verticale de 2 pouces de longueur fut faite à partir du milieu de la clavicule gauche et dans la direction du mamelon pour découvrir le troisième espace intercostal. Un petit trocart à hydrocèle y fut ensuite enfoncé et il donna aussitôt issue à de l'air qui sortit par la canule. On plongea alors un bistouri dans le centre de l'espace intercostal et on le porta obliquement en haut dans la caverne. On fit ensuite glisser une sonde le long de sa lame et on le retira; puis le chirurgien, après s'être assuré de nouveau que l'ouverture communiquait avec la caverne, incisa avec un bistouri boutonné et dans l'étendue d'un pouce la paroi de celle-ci qu'il trouva très dense et presque cartilagineuse. Il fit parallèlement aux côtes une seconde incision pour agrandir l'ouverture. Il sortit immédiatement de l'air et du sang; la sonde introduite dans la caverne s'y mouvait librement. Un accès de toux, qui survint en ce moment, donna issue à deux ou trois gros de sang qui était tombé dans la cavité. On essaya de placer dans l'ouverture un tube d'argent fabriqué exprès d'avance: mais comme il ne répondit pas au but que l'on s'était proposé, on le retira. Le malade fut couché et sa plaie fut recouverte d'un linge imbibé d'eau chaude.

Peu de temps après cette opération, le pouls, qui auparavant était à 120°, tomba à 100°; la toux, la dyspnée et l'expectoration cessèrent. Le malade se trouvant faible, on lui donna de l'eau-de-vie étendue dans de l'eau. Il dormit six heures pendant la nuit suivante; le pouls tomba le lendemain à 68°.

Le 17, à 5 heures du soir, M. Storks plaça dans l'ouverture un morceau de sonde de gomme élastique et l'y fixa avec des bandelettes agglutinatives.

Le 18 et le 19, le pouls se maintint entre 72 et 80°; la toux, la dyspnée et l'expectoration étaient beaucoup diminuées.

Le 20, une indigestion amena des vomissements et divers symptômes fébriles. On les combattit avec succès par des purgatifs. Ils n'empirèrent pas, d'ailleurs, les symptômes du côté de la poitrine.

Le 22, pouls à 68; respiration à 24; il n'y a plus de toux, ni de dyspnée, ni d'expectoration. Le 23, on recommence le traitement par l'huile de naphthe.

Le 24, le malade expectore une cuillerée à bouche de mucosités spumeuses mêlées à un peu de pus. Le même jour, à neuf heures du soir, après un sommeil, la tête étant tenue très bas, le malade est saisi de toux et d'oppression avec beaucoup de douleur autour de la plaie. M. Hocken, appelé en l'absence de M. Hastings, retira le tube, ce qui livra issue à une cuillerée à thé environ de pus de bonne nature, évacuation qui soulagea considérablement le malade. Il rendit, en même temps, près d'une once de crachats spumeux.

Il y eut encore quelques alternatives de mieux et de moins bien; mais, à partir du 1er décembre, le sommeil, les forces et l'appétit revinrent très sensiblement; l'air sortait facilement par le tube. La maigreur qui avait eu lieu consécutivement à l'o-

pération fut remplacée par de l'embonpoint. Plusieurs fois en retirant le tube on enleva avec lui des granulations qui tenaient à son extrémité, ce qui indiquait un commencement de travail d'oblitération de la cavité morbide par rapprochement de ses parois. Le 15 décembre, la respiration était à 16, l'appétit excellent; le malade se promenait dans sa chambre. Les crachats étaient devenus muqueux depuis plusieurs jours ; le malade n'en rendait pas plus d'un demi-gros à un gros dans les vingt-quatre heures. Il y avait une dépression marquée à la région claviculaire.

Le malade se trouva, le 17 décembre, dans l'état suivant: dans la région sous-claviculaire gauche, la matité était aussi marquée et occupait la même place qu'avant l'opération. Respiration encore caverneuse à la partie supérieure de ce côté de la poitrine; mais, au lieu d'être forte et bruyante comme avant l'opération, elle était douce, tranquille, comme dans la respiration naturelle. La voix ne produisait plus de pectoriloquie; elle s'accompagnait seulement de forte résonnance. Du côté droit, le bruit respiratoire se rapprochait plus de l'état normal qu'avant l'opération.

Il y aurait bien des remarques à faire sur cette opération hardie, qui n'est, à bien prendre, qu'une médecine de symptôme et dont les indications doivent être fort difficiles à déterminer. Si tant est que l'on arrive à reconnaître qu'un phthisique n'a que des cavernes rares, spacieuses et superficielles, nous pensons qu'il sera bon, si l'on se décide à l'opération, de se comporter comme avec les tumeurs hydatiques du foie, c'est-à-dire d'escharifier les tissus avec la potasse caustique afin de déterminer des adhérences pleurétiques entre les deux feuillets de la plèvre, au voisinage de la caverne, adhérences qui existent déjà le plus souvent d'elles-mêmes, mais sur la présence desquelles il ne faut pourtant pas absolument compter.

DUBLIN MEDICAL PRESS.

De l'emploi de la ciguë dans les affections douloureuses; par M. le docteur J.-Moore NELIGAN. — L'auteur a commencé une série de nouvelles recherches sur l'action thérapeutique et les usages de la ciguë. La préparation la moins susceptible d'altération lui a paru être le suc de ciguë mêlé à un cinquième d'alcool rectifié ; elle se garde facilement pendant deux ans; son action est constante et uniforme: elle lui paraît donc préférable sous tous rapports à l'extrait et à la poudre. La ciguë a pour premier effet de suspendre l'excitabilité nerveuse et de diminuer les douleurs musculaires ; les battements du cœur diminuent de force et de fréquence; jamais M. Neligan ne l'a vue produire l'ivresse ni la somnolence. Donnée à dose médicamenteuse, elle ne produit pas d'effet physiologique apparent, et elle guérit sans agir sensiblement sur l'économie. Cependant, lorsqu'on en continue longtemps l'usage, ou bien lorsqu'on en augmente rapidement la dose, elle donne lieu à une sensation désagréable de sècheresse dans la bouche avec une constriction du pharynx et une dysphagie qui obligent d'en suspendre l'emploi, ou du moins d'en diminuer les doses. Les affections dans lesquelles l'auteur a employé la ciguë avec le plus d'avantage sont les affections rhumatismales subaiguës ou chroniques, principalement lorsqu'elles s'accompagnaient de vives douleurs, les névralgies et la gangrène sénile. Il était rare qu'il n'en obtînt pas d'heureux effets.

LONDON AND EDINBURGH MONTHLY JOURNAL.

Nouvelle méthode de traitement du fongus du testicule; par le docteur SYME, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Édimbourg. — L'auteur blâme fort les chirurgiens qui se hâtent d'employer la castration pour les fongus testiculaires; il ne croit pas même nécessaire de faire subir la moindre déperdition de substance au testicule. Ces fongus ne sont pour lui que de simples excroissances de chair, ou, pour parler scientifiquement, ils ne sont que le plus haut degré de la granulation. Cela posé, M. Syme a pensé que la compression suffirait en pareil cas. Les deux cas suivants vont faire voir quel est le procédé ingénieux qu'il emploie pour la pratiquer.

Un jeune homme de 26 ans portait une excroissance fongueuse du testicule ayant à peu près le volume d'une aveline. Le 15 janvier dernier, M. Syme fit autour de la base du fongus une incision circulaire qu'il étendit en haut et en bas pour lui donner une forme elliptique; le scrotum fut disséqué sur les côtés, puis ramené sur la tumeur et fixé par trois points de suture. La réunion s'opéra par première intention presque partout; on ne remarqua du reste pas de fongosité dans le point où la réunion ne se fit pas. Ce jeune homme sortit le 9 février parfaitement guéri.

En octobre 1844, un homme de 38 ans avait été reçu à l'hôpital pour un fongus testiculaire des plus volumineux. L'opération, dans ce cas, avait nécessairement dû être plus longue. Il fut, en effet, nécessaire de disséquer le scrotum dans une étendue proportionnée au volume de la tumeur qui comprenait tout le testicule. Les bords de la plaie furent rapprochés par plusieurs points de suture; le tout fut maintenu avec des bandelettes de diachylon et un bandage de toile. Au bout de trois semaines, le fongus se trouva entièrement résorbé ou du moins affaissé.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 août 1845.

Correspondants nationaux. — M. GÉRARDIN fait, au nom de la commission désignée pour cet objet, le rapport demandé par l'Académie pour la nomination des correspondants nationaux. Le rapport se termine par les propositions suivantes : — 1° Il sera procédé cette année à la nomination de correspondants nationaux ; 2° le nombre des nouveaux correspondants sera porté à vingt ; 3° la commission chargée de dresser la liste des candidats présentera un nombre quadruple de celui des membres à élire. (Adopté.)

Eaux de Forges. — M. HENRY fait, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur l'établissement thermal de Forges-les Eaux (Seine-Inférieure). Ces eaux, qui n'avaient point été examinées depuis trente-cinq ans, ont été soumises à une nouvelle analyse, sur la demande du ministre de l'agriculture et du commerce. Il résulte de ce nouvel examen, auquel M. le rapporteur a procédé sur les lieux mêmes, que les eaux de Forges ont subi une altération dans leur principe minéralisateur. La commission déclare, toutefois, que ces altérations dans la constitution chimique des eaux de Forges ne sont point suffisantes pour altérer les propriétés thérapeutiques spéciales dont elles sont douées. C'est donc dans ce sens que M. le rapporteur propose de répondre au ministre.

Eaux chaudes arsenicales de l'Algérie. — M. HENRY fait, au nom de la même commission, un rapport demandé par M. le ministre de la guerre sur une source d'eaux chaudes de l'Algérie, contenant, entre autres sels calcaires en dissolution, de l'arséniate de chaux (1). Le rapporteur pense que ces eaux pourraient être utilisées pour des usages thérapeutiques; mais les documents que la commission possède à cet égard sont insuffisants.

M. GÉRARDIN. On sait que M. Boudin a récemment appelé l'attention des praticiens sur l'efficacité des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes. Ce serait le cas d'appeler l'attention du ministre sur cette circonstance, et de l'engager à faire faire des expériences sur les lieux avec ces eaux pour le traitement des fièvres intermittentes qui y règnent, comme on le sait, avec tant d'intensité.

M. BUSSY croit, avec M. le rapporteur, que les eaux dont il s'agit, bien que ne contenant que des proportions d'arsenic trop minimes pour produire des accidents toxiques, n'en seraient pas moins de nature à pouvoir être utilisées en thérapeutique. Il appuie donc les conclusions du rapport et la proposition de M. Gérardin.

M. Bally, M. Desportes, M. Piorry et M. Rochoux n'ont aucune confiance dans l'acide arsenieux.

M. GUÉNEAU DE MUSSY cite, au contraire, un cas très récent dans lequel la liqueur arsenicale, telle que M. Boudin l'a formulée, c'est-à-dire 10 grammes de solution contenant un milligramme d'acide arsenieux, portés ensuite jusqu'à 40 grammes, avec 4 milligrammes d'acide arsenieux, a coupé en quatre jours une fièvre jusque-là rebelle au sulfate de quinine.

La proposition de M. Gérardin étant appuyée est mise aux voix et adoptée.

Séance du 26 août.

Traitement des fièvres intermittentes par l'arsenic. — M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles, adresse une communication à l'Académie à l'occasion de la discussion de la dernière séance relativement à l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales.

Ce n'est qu'après s'être lui-même soumis pendant longtemps à l'usage de l'acide arsenieux, après s'être assuré de son innocuité à dose thérapeutique, qu'il a soumis depuis cinq ans 2947 malades de tout âge à la médication arsenicale. Il ne s'est pas présenté une seule fois le moindre accident imputable à l'arsenic.

Le plus grand nombre des malades dont il s'agit étaient atteints de fièvres intermittentes de divers types ; plus de 2000 avaient été traités antérieurement de une à dix fois par la quinine. Plus de 500 individus venaient de prendre vainement pendant plusieurs jours des doses plus ou moins considérables de quinine avant d'être adressés à l'auteur.

Il n'y a eu aucun triage préalable ; tous les malades indistinctement ont été soumis par centaines au traitement arsenical. Le résultat a été tel qu'il est souvent arrivé à M. Boudin de rester des années entières sans recourir une seule fois à la quinine.

L'auteur a constaté pendant plusieurs années de suite la nécessité d'augmenter la dose moyenne en été.

La durée du traitement a généralement été courte ; rarement la fièvre a résisté à une première ou à une seconde dose d'arsenic ; les récidives ont été d'une rareté remarquable ; différence que l'auteur attribue en grande partie à la continuation du fébrifuge pendant huit ou dix jours après la cessation des accès.

Des essais comparatifs répétés ont conduit l'auteur à renoncer à tous les arséniates pour se renfermer dans l'emploi exclusif de l'acide arsenieux. Il le prescrit en solution de la manière suivante :

(1) Nous avons parlé de ces eaux dans notre dernier numéro, à l'article REVUE PHARMACEUTIQUE.

Acide arsenieux	0,05 grammes.
Eau distillée	500 —

100 grammes de cette solution représentent la dose moyenne. On l'administre trois heures avant le moment présumé de l'accès. Si les antécédents font supposer la fièvre d'un caractère tenace, on fait précéder cette prise de 100 grammes de deux autres prises égales, à deux heures d'intervalle l'une de l'autre.

On reproche à l'arsenic d'être un poison. Il y a trois cents ans que Paracelse a fait justice de ce reproche par ce mot remarquable : « Si l'arsenic guérit, c'est précisément parce qu'il est un poison. » Au reste la quinine, considérée comme poison, est depuis longtemps *passée maître*, ce qui ne l'empêche pas de constituer un de nos plus précieux médicaments.

On déclare l'arsenic inutile en affirmant que la quinine guérit toujours. Mais Ramazzini, Baker et Jean-Pierre Frank avaient trouvé, au contraire, des épidémies entières réfractaires au quinquina ; ils citaient comme telles les épidémies de 1680, 1781 et 1787. En supposant même que le quinquina guérisse toujours, ce qui est faux, il est inaccessible par son prix à la classe indigente.

Traitement de l'empoisonnement saturnin. — M. Sandras lit un mémoire sur ce sujet. Après avoir fait prendre un bain savonneux au malade, l'avoir soumis aux purgatifs, il prescrit un magma de sulfure de fer qui a, selon lui, la propriété de neutraliser le poison, de hâter ainsi la guérison et de prévenir la récidive des accidents.

M. Jobert (de Lamballe) présente un malade qu'il a opéré d'un anus contre nature et qu'il a guéri au moyen de l'autoplastie.

M. Bonnafont présente des instruments destinés à opérer les polypes et les végétations du conduit auditif.

Séance du 2 septembre.

Présidence de M. Roche, vice-président.

De l'excision de la muqueuse dans les sutures intestinales. — Tel est le titre d'un mémoire de M. Moreau-Boutard sur lequel M. Jobert lit un rapport étendu qui est une sorte de monographie. La méthode de l'auteur consiste dans l'excision du bourrelet muqueux renversé en dehors des lèvres de la plaie intestinale et dans l'adossement de la séreuse avec le tissu muqueux mis à découvert. 19 expériences ont été faites sur des chiens pour apprécier la valeur de cette méthode.

La présence du bourrelet muqueux a été signalée par tous les auteurs de chirurgie ; quant à l'excision de la muqueuse et l'adossement de la séreuse avec le tissu sous-muqueux, elle constitue véritablement une méthode au point de vue théorique et pratique ; mais cette excision que M. Moreau-Boutard a pu exécuter sur des chiens serait dans bien des cas matériellement impossible sur l'homme ; elle exposerait en outre à la mortification de l'intestin privé de ses vaisseaux ; enfin, la réunion, quand elle a lieu, s'est opérée par le contact des séreuses ou par la lymphe qu'elles exhalent ; en dernier lieu, les fils coupés à ras de la surface externe de l'intestin doivent presque immanquablement tomber dans le péritoine ; tels sont les faits qui résultent de l'examen des pièces adressées à l'Académie par M. Moreau-Boutard. Indépendamment de ces inconvénients généraux, il en est un qui appartient en particulier au deuxième procédé de l'auteur dans lequel l'intestin suturé est maintenu en rapport avec la plaie de la paroi abdominale ; ne voit-on pas que ce procédé expose à des anus contre nature ? et c'est en effet ce qui est arrivé dans les expériences de M. Moreau-Boutard.

Après cette exposition du travail soumis à l'examen de la commission, le rapporteur jette un coup d'œil sur la grande question des sutures intestinales ; il rappelle les doctrines des chirurgiens anciens sur ce point important de pratique ; il énumère les procédés de J. Bell, de B. Bell, de Travers, de Cooper, de Smith (de Philadelphie), de Louis, de la Peyronie, etc. De cette énumération, il résulte qu'en France et en Angleterre la suture était pratiquée sans principe arrêté, abandonnée aux inspirations du moment ; elle était considérée comme moyen de prévenir l'épanchement plutôt que comme moyen de réunir immédiatement la plaie ; les guérisons étaient rares, et les chirurgiens découragés aimaient mieux exposer le blessé à un anus contre nature que de lui faire subir une opération dangereuse et incertaine. Aussi ne doit-on pas s'étonner de voir La Peyronie rejeter tous ces procédés empiriques et abandonner à lui-même l'intestin blessé, tandis que Ledran, Bertrandi, pratiquaient une suture pour prévenir l'épanchement en attendant les efforts de la nature médicatrice.

Il n'y a que très peu de temps, continue M. Jobert, qu'on a soumis les sutures intestinales à des règles fixes, basées sur la structure anatomique de l'intestin : les nombreux procédés qui ont surgi dans ces derniers temps peuvent tous être rapportés aux trois méthodes suivantes : 1° rapprochement de parties identiques qui exhalent une lymphe fortement plastique ; 2° rapprochement des membranes séreuse, muqueuse et musculeuse ; 3° rapprochement de la séreuse avec le tissu cellulaire sous-muqueux.

Les inventeurs de ces procédés ont voulu créer une suture unique, pouvant convenir à toutes les lésions du canal intestinal ; mais il est évident que le chirurgien doit modifier son procédé opératoire suivant le genre de lésion de l'intestin, suivant l'état sain ou morbide de ses tuniques, suivant qu'elles ont été ou non ramollies par l'inflammation. Aussi M. Jobert a-t-il adopté depuis longtemps une invagination par constriction, mais à points rares ; une invagination sans constriction ; une suture par

le procédé de Ledran; une à points séparés, et une entéroplastie.

M. Gély a inventé une suture dite en *piqué*, qui a beaucoup d'analogie avec le point mis en usage par les cordonniers.

M. Gély a adressé son travail à l'Académie. Son procédé a pour but de faire renoncer à l'invagination et d'assurer la chute des fils dans l'intestin. A ce procédé sont inhérentes des coarctations et une espèce d'anneau valvulaire qui ne peut disparaître par l'absorption puisqu'il est formé par les parois de l'intestin renversé. D'ailleurs les expériences prouvent que ces valvules demeurent ce qu'elles étaient, qu'elles exposent à la rétention des matières.

L'examen des pièces envoyées par M. Gély à l'Académie a fait reconnaître que les fils étaient, sans exception, retenus dans le point où on les avait fixés.

En résumé:

1° La suture dite en *piqué* adosse les séreuses, et lorsqu'il s'agit d'une plaie de peu d'étendue elle peut réussir.

2° Dans les plaies circulaires complètes, cette suture ne s'applique qu'avec une extrême difficulté et l'on n'y parvient qu'aux *dépens du calibre* de l'intestin.

On ne peut en effet produire l'adossement partout et vaincre la tendance au renversement qu'en tirant fortement sur les deux chefs du fil, ce qui doit nécessairement froncer les parois du canal intestinal, diminuer, sinon oblitérer la cavité de ce conduit.

3° Quant à la facilité d'exécution du procédé, nous ne croyons pas qu'elle soit telle que M. Gély semble l'établir, et on se convaincra, en l'exécutant, de la difficulté qu'elle présente dans son application.

En regard de ces faits, M. Jobert rapporte une série d'expériences faites sur les animaux et des observations recueillies sur l'homme, en démontrant que l'invagination telle qu'il la pratique depuis longtemps ne détermine ni oblitération ni valvule oblitérante. Il prouve, en outre, qu'il n'est pas nécessaire de disséquer le mésentère des deux bouts de l'intestin, ni de distinguer ceux-ci l'un de l'autre. Il est de la plus haute importance de placer les fils de manière à ce qu'ils puissent être extraits facilement par la plaie. En effet, lorsqu'ils demeurent dans la cicatrice, ils produisent l'engorgement et même la suppuration du tissu cellulaire.

Quant au procédé de M Reybard, il consisterait dans un véritable affrontement des tuniques de l'intestin, dans une réunion par première intention; mais le peu d'épaisseur des parois de l'intestin, leur immobilité, rendent leur affrontement inexécutable.

M. Jobert croit devoir ajouter à l'examen de ces procédés la description d'une suture ingénieuse due à M. Nunciante (Hippolyte), professeur d'anatomie à Naples. On peut l'appeler *suture en spirale*. Elle se pratique avec un fil qui passe alternativement de gauche à droite et de droite à gauche en laissant, en sens opposé, chacun de ses bouts aux angles de la division; en tirant sur les extrémités du fil, on renverse en dedans les lèvres qui se trouvent adossées séreuse contre séreuse. Le professeur de Naples a pratiqué avec succès trois fois son procédé.

M. Jobert, après ce long et consciencieux examen, est amené à conclure que la méthode par adossement des séreuses est encore celle qui réunit le plus grand nombre d'avantages réels; que, sauf le procédé de suture de M. Nunciante, aucun de ceux qui ont été récemment proposés n'a introduit dans la pratique une modification avantageuse; que plusieurs doivent être proscrits comme dangereux dans leur application ou impraticables sur l'homme.

M. Velpeau reproche à M. le rapporteur d'être trop sévère dans l'appréciation qu'il a faite du procédé de M. Gély. Pour lui, il a vu ce procédé appliqué par l'auteur; il l'a employé lui-même, et, sans le croire applicable à tous les cas, il ne pense pas avec M. Jobert qu'on doive le proscrire.

M. Jobert maintient la critique qu'il a faite de ce procédé.

Après quelques explications de MM. Velpeau et Jobert, l'Académie adopte les conclusions du rapport, qui sont de remercier l'auteur et de déposer son mémoire aux archives.

Sur la proposition de M. Gérardin, le rapport de M. Jobert est renvoyé au comité de publication.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. A Lefèvre relatif à l'antagonisme de la phthisie et de la fièvre intermittente à Rochefort. De ses recherches il résulte que, dans cette ville, où les fièvres intermittentes de première invasion et contractées dans l'intérieur de la ville sont nombreuses, la phthisie pulmonaire est néanmoins extrêmement fréquente. — Le travail de M. Lefèvre ayant été déjà publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, il ne saurait être pris des conclusions. Il est en conséquence renvoyé à la commission des épidémies à titre de renseignements.

Séance du 9 septembre.

Emphysème pulmonaire — M. Piédagnel lit un mémoire sur l'emphysème pulmonaire comme cause de mort subite. La mort, dans ce cas, tient au passage de l'air dans le système artériel; car on retrouve ce fluide dans le cerveau ou dans d'autres parties du corps. On a trouvé des cas où un emphysème mortel avait eu lieu brusquement chez des personnes qui n'avaient présenté aucun état pathologique du poumon.

L'examen de ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Amussat, Louis et Prus.

Plusieurs personnes appelées successivement pour faire des lectures ne répondant pas à l'appel de leur nom, la séance est levée plus tôt qu'à l'ordinaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 août 1845.

Sur un bouc à mamelles très développées et lactifères; par M. ISIDORE GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. — Aristote, dans son Histoire des animaux, livre III, chapitre 20, nous a transmis quelques détails sur un bouc qui vivait à Lemnos et dont les mamelles sécrétaient un lait assez abondant pour qu'on en fît de petits fromages. Ce bouc avait d'ailleurs tous les attributs de son sexe, et il devint père d'un autre individu mâle que l'on dit avoir été de même lactifère.

Un individu présentant la même anomalie existe en ce moment à la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle; elle l'a reçu il y a quelques jours de M. Van Coppenael, qui, ayant eu occasion de voir le bouc lactifère, s'est empressé de l'acquérir dans l'intérêt de la science et de l'offrir à M. Serres pour la ménagerie du Muséum.

C'est un individu de la variété sans cornes, d'une taille considérable, ayant les formes et exhalant fortement l'odeur caractéristique du sexe mâle dans son espèce. Le pénis et les testicules présentent la disposition et les proportions normales. On assure qu'il a été employé comme étalon avant d'être donné à la ménagerie, et cela à une époque où il avait déjà du lait.

Les mamelles, au nombre de deux, et d'un énorme développement, sont placées immédiatement au devant des bourses et sont pendantes comme chez la chèvre en lactation. Voici d'ailleurs les dimensions des mamelles, et aussi, comme terme de comparaison, celles des bourses, telles qu'on a trouvé ces parties lors de l'arrivée de l'animal à la ménagerie :

Circonférence de la mamelle droite. .	$0^m,25$
Longueur.	$0^m,16$
Circonférence de la mamelle gauche. .	$0^m,19$
Longueur.	$0^m,13$
Circonférence des bourses.	$0^m,29$
Longueur.	$0^m,14$

La quantité de lait donnée par ces mamelles est variable d'un jour à l'autre; elle va d'un demi-litre environ à deux décilitres; les deux tiers de la quantité totale sont fournis par le côté droit, dont le développement est d'ailleurs le plus considérable. Quand l'animal est trait, les mamelles ne diminuent que peu de volume. Le tissu de la glande mammaire est remarquablement ferme et presque dur. Cette particularité paraît exister assez fréquemment chez les mâles lactifères, à ce que dit Aristote. Ce grand naturaliste, après avoir remarqué (livre Ier, chapitre 12) qu'il se forme quelquefois du lait chez les hommes mêmes, ajoute que la substance des mamelles est alors ferme et dense (πυκνὴ).

Le lait du bouc de la ménagerie a l'apparence et le goût du lait de chèvre; il est toutefois beaucoup plus salé.

Le bouc n'est pas le seul animal mâle chez lequel la sécrétion du lait ait été observée. On a fait des observations analogues chez le chien, le chat, le taureau et le bélier.

La sécrétion du lait a été aussi plusieurs fois observée chez l'homme lui-même. Plusieurs exemples en ont été cités par l'auteur de l'*Histoire générale des anomalies*. Un fait analogue vient encore de lui être communiqué par M. le docteur Auzias-Turenne, qui l'a observé, il y a quelques années, chez un jeune Arabe, alors étudiant à Paris et maintenant médecin en Égypte.

On doit à M. de Humboldt la connaissance du cas le plus remarquable; celui-ci, recueilli par l'illustre savant dans son voyage aux régions équinoxiales, a pour sujet un homme qui non-seulement était lactifère, mais qui avait assez de lait pour avoir pu nourrir lui-même son fils pendant cinq mois.

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la place vacante dans la section de chimie. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 34,

M. Wöhler, de Gœttingue, obtient 33 suffrages, M. Malaguti, 1.

M. Wöhler est en conséquence proclamé membre correspondant.

Séance du 25 août.

M. FLOURENS lit le résultat de nouvelles expériences qui prouvent la *résorption intérieure des os.* Une lame de platine mise autour du tibia d'un jeune chien par dessus l'os se trouve au bout d'un certain temps sous l'os; c'est qu'un os ancien a disparu et qu'il s'est formé un os nouveau. L'os qui existe aujourd'hui n'est pas celui qui existait quand on a mis la lame, il s'est formé depuis; et l'os qui existait alors n'est plus; il a été résorbé.

Note sur un enfant monstre, né dans l'arrondissement de la Châtre (Indre); par M. DECEREZ, médecin des épidémies de l'arrondissement de la Châtre.

(Commissaires, MM. Serres, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Velpeau.)

Le 6 août 1845, à 7 heures du matin, Élisabeth Bussière, femme de Pierre Grazon, journalier au hameau de Chasse-Pain, commune de Mers, arrondissement de la Châtre, département de l'Indre, est accouchée de deux enfants jumeaux, du sexe féminin, joints ensemble par le ventre.

La femme Grazon est âgée de trente-huit ans; elle est douée d'une forte constitution; elle est mère de six enfants, tous vivants et bien conformés; sa dernière grossesse n'a rien offert de particulier; son accouchement a été heureux et facile; les deux jumeaux, nés à terme, étaient renfermés dans les mêmes enveloppes. Il n'y avait qu'un seul placenta et qu'un seul cordon ombilical.

Examinées par moi, aujourd'hui 18 août 1845, douze jours après leur naissance, ces

deux enfants, qui ont reçu les noms d'Hélène et Philomène, ont présenté les phénomènes suivants :

Deux corps, placés sur un plan horizontal, et bien distincts jusqu'à la base du thorax; jonction de ces deux corps par un abdomen commun; un seul ombilic, placé un peu sur le côté de la ligne médiane du ventre ; un seul anus, situé à la partie la plus déclive des régions lombaires, recouvert de deux caroncules nymphoïdes, oblongues, qui offrent l'apparence d'une vulve. Ces caroncules soulevées, on voit distinctement deux ouvertures: l'une à droite, qui sert à la défécation; l'autre à gauche, qui remplace la vulve, donne issue aux urines, qui s'échappent par un méat unique et distinct. Le ventre unique et commun qui unit les deux enfants est, relativement, plus volumineux que les autres parties.

Les deux têtes, qui sont diamétralement opposées, sont très bien conformées et recouvertes de cheveux noirs et abondants; elles ont toutes deux les mêmes dimensions, les mêmes diamètres et le même angle facial. Les yeux, chez les deux jumelles, sont bleus et bien ouverts, et les paupières garnies de cils bien fournis; le nez, la bouche, les oreilles, les épaules, les bras, les mains, les doigts, tous les organes, toutes les régions enfin des deux corps, présentent la plus parfaite régularité, la plus exacte corrélation, jusqu'à la base de la poitrine; mais c'est alors que tout devient anormal, et que, là, commence la monstruosité.

A gauche du ventre unique, et dans la région coxale, qui semble appartenir à Philomène, naissent deux membres inférieurs complets et bien conformés; du côté opposé, un troisième membre inférieur, plus petit, plus grêle, se présente avec deux fémurs et un second tibia avorté; le pied est contourné; les orteils, au nombre de sept, sont pour la plupart joints entre eux. Cette conformation doit faire présumer qu'il y a eu fusion entre les deux membres, dont l'un est resté à l'état rudimentaire.

Le poids total des deux jumelles est de $5^{k},320$; leur longueur est de 46 centimètres.

Philomène seule prend le sein; Hélène l'a constamment refusé, quoique la bouche et la langue soient bien conformées et ne présentent rien qui doive s'opposer à la succion. Son alimentation consiste seulement dans quelques gouttes de lait que sa mère lui projette dans la bouche; et, chose bien digne de remarque, c'est que, précisément, celle qui ne prend rien semble la plus vivace et paraît jouir de la meilleure santé, et c'est la seule aussi qui pousse des vagissements.

Chaque enfant a un cœur particulier, dont les battements sont sensibles au toucher et isochrones à ceux du pouls; il a également des poumons, dont les fonctions sont régulières et spéciales. Cependant le souffle respiratoire est plus élevé et plus fréquent chez l'une que chez l'autre, bien que la percussion et l'auscultation n'aient rien offert de particulier.

Si l'existence de ces enfants pouvait se prolonger, il y aurait nécessairement des facultés intellectuelles distinctes, un *moi* individuel, une conscience d'action indépendante; mais la vie physique, la vie matérielle, serait toujours forcément commune, puisqu'il y a fusion des organes de la digestion.

M. Bonjean envoie un mémoire dans lequel sont rapportées de nouvelles expériences qui prouvent l'efficacité de l'ergotine dans les hémorrhagies externes.

M. Baudelocque présente un travail sur la ligature des artères rénales; sans rien préjuger, quant à présent, relativement à l'avenir de cette opération, il y démontre comme fait certain qu'il est très facile de lier sur le cadavre les artères rénales. (Renvoi à une commission composée de MM. Roux, Velpeau, Lallemand.)

L'Académie renvoie à l'examen de la même commission un second mémoire présenté par M. Baudelocque, et ayant pour titre : De l'inutilité de l'entérotomie iliaque ou lombaire, dans le cas d'absence du rectum, chez l'enfant nouveau-né, prouvée par la position qu'affecte alors le colon descendant, et de la possibilité d'attirer toujours cet intestin à la marge de l'anus pour l'y suturer, après avoir ouvert ou non la ligne blanche.

— M. Labarre fils présente une note sur des appareils nouveaux destinés à opérer le redressement des dents.

La séance du 1er septembre a été consacrée à des matières étrangères à la médecine pratique.

Séance du 8 septembre.

Kératoplastie.—M. Feldmann envoie une note relative à cette opération qu'il croit à la veille de prendre place dans le manuel opératoire. Il fait à ce sujet quelques remarques qui portent sur des points importants pour le succès de l'opération.

Si l'on suit avec soin les modifications qu'éprouve la cornée rapportée, dans le cas où l'on a réussi à en bien obtenir la soudure, on voit que le moment où cette cornée commence à perdre la transparence, à se resserrer et se rétrécir, est justement celui où les vaisseaux rouges commencent à apparaître à sa surface. Il est naturel, d'après cela, de penser que l'on préviendrait en grande partie ce double changement si l'on parvenait à arrêter la vascularisation de la cornée transplantée, en recourant aux moyens que l'on emploie en chirurgie lorsqu'il s'agit de combattre la turgescence des vaisseaux sanguins de la conjonctive et des parties sous-jacentes. L'auteur proposerait donc d'attaquer, à l'aide du nitrate d'argent, les troncs vasculaires qui arrivent du fond de la conjonctive pour transmettre leur sang à la nouvelle cornée, et il pense que si l'on ne réussissait pas de cette manière à intercepter l'afflux du sang rouge, il faudrait atteindre sur la cornée elle-même les vaisseaux

qui s'y seraient formés, en profitant du moment où ils n'en occupent encore que la circonférence. On conçoit que, même dans le cas où cette partie périphérique deviendrait opaque, pour peu que le milieu conservât sa transparence, le but principal serait atteint.

Les discussions de la séance du 15 septembre sont relatives à des questions non médicales.

NOUVELLES MÉDICALES.

Un concours sera ouvert le 1er décembre 1845 devant la Faculté de médecine de Montpellier pour la chaire de pathologie externe laissée vacante en cette Faculté par la mise en retraite de M. Lallemand.

Les candidats qui désireront se présenter à ce concours devront remettre ou envoyer au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier, au plus tard le 31 octobre 1845, les pièces démontrant qu'ils ont les qualités exigées, savoir : 1° copie légalisée de leur acte de naissance constatant qu'ils ont l'âge de 30 ans accomplis et qu'ils jouissent de leurs droits civils ; 2° leur diplôme de docteur.

—Nous avons annoncé dans notre dernier numéro la mise au concours de la chaire d'anatomie à la Faculté de Paris. Plusieurs médecins ont remarqué avec regret que les deux concours sont ouverts en même temps devant les deux Facultés. De cette circonstance résulte l'impossibilité pour un même médecin de concourir pour ces deux chaires, qui ont cependant un étroit rapport entre elles.

— M. Aug. Bérard vient d'être nommé chirurgien consultant du roi en remplacement de M. Breschet, décédé.

— M. Malgaigne a été nommé chirurgien de l'hôpital Saint-Louis en remplacement de M. Ph. Boyer. M. Nélaton, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, a été nommé à Saint-Antoine en remplacement de M. Malgaigne.

— M. le docteur PASQUIER père, après de longs et honorables services, vient de prendre sa retraite de la place de membre du conseil de santé des armées. M. Pasquier fils, membre adjoint, lui succède comme membre titulaire ; M. Baudens a été nommé membre adjoint en remplacement de M. Pasquier fils.

— Tandis que l'on se plaint du prodigieux accroissement du personnel médical de Paris, bon nombre de localités en France se plaignent de manquer de médecins. Plusieurs habitants de Montmorency, canton de Chavanger, arrondissement d'Arcis-sur-Aube, nous informent que ces localités, ainsi que les communes de Hampigny, Outine, Margerie et quarante-trois villages voisins sont en ce moment privés de médecins, ceux qui y étaient établis étant morts depuis peu.

— Par ordonnance royale du 19 juillet 1845, ont été nommés dans le cadre des officiers de santé militaires :

A un emploi de chirurgien principal de 2e classe (choix), M. SÉDILLOT, chirurgien-major de 1re classe, 1er professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, en remplacement de M. DESVIGNES, admis à la retraite ;

A un emploi de chirurgien aide-major de 2e classe (concours de 1844), M. TRIBOUT (Alexandre-Philogone), chirurgien aide-major, commissionné au 30e régiment d'infanterie de ligne.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. GIBERT, après avoir terminé son cours d'été, a repris ses visites cliniques suivies de la consultation publique (tous les lundis à huit heures et demie du matin. Les *maladies de la peau* et un certain nombre d'affections de l'utérus sont examinées et traitées sous les yeux des élèves et des praticiens français et étrangers qui, après avoir suivi les leçons pittoresques du professeur, sont désireux de poursuivre dans leur application usuelle les notions pratiques et théoriques recueillies dans le cours précédent.

Programme des questions proposées au concours pour 1846 par la Société médico-chirurgicale de Bruges.

Première question. — « Faire connaître la » topographie médicale d'un des districts de la » province de la Flandre-Occidentale. »

Le prix est de 300 *francs*.

Deuxième question. — « Faire connaître » l'influence qu'exercent sur la santé les tra- » vaux de l'industrie linière. »

Le prix est de 100 *francs*.

Prix institué par M. le docteur de Meyer, président de la Société. — Ce prix, consistant en une *médaille de vermeil*, sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur une question relative à la pratique des accouchements.

Les mémoires manuscrits seront seuls admis au concours ; ils devront être écrits en français ou en flamand et adressés, *francs de port*, à M. le Dr WEMAER, secrétaire de la Société, avant le 1er mai 1846.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répéteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après le terme fixé ci-dessus, ne seront pas admis à concourir.

Le secrétaire de la Société,
E. WEMAER.

Bruges, le 15 juin 1845.

VARIÉTÉS.

Biographie de J.-L. Petit.

(Fin.—Voir le n° précédent.)

Je crois devoir mentionner ici les mémoires importants qu'au milieu de ses occupations multipliées J.-L. Petit communiqua à l'Académie des sciences et qui furent insérés dans sa précieuse collection. Il s'efforça le premier, en 1731, 1732 et 1735, d'expliquer les moyens

que la nature emploie pour arrêter une hémorrhagie : il pensa que l'écoulement du sang était arrêté par la formation d'un caillot occupant l'intérieur et l'extérieur de l'artère, et contractant des adhérences avec l'intérieur, l'orifice du vaisseau et les parties qui l'environnent. Petit ajoute que lorsque l'hémorrhagie est arrêtée par une ligature, il se forme au-dessus du lien, un caillot qui ne diffère que par sa forme de celui qui se produit naturellement, lorsqu'on n'a point appliqué de ligature. Cette opinion le porta à recommander la compression pour contenir le caillot.

Quoiqu'on trouve, il est vrai, dans l'Armamentarium chirurgicum de Scultet, le dessin d'une machine inventée par cet auteur pour comprimer l'artère radiale, au moyen d'une vis, c'est à J.-L. Petit que l'on attribue universellement le perfectionnement du tourniquet. Celui qu'il proposa obtint le suffrage de presque tous les chirurgiens, et a servi de base à tous les instruments de ce genre qui ont été proposés depuis.

J.-L. Petit a laissé d'excellents préceptes sur les amputations. Au large couteau à lame courbe, d'abord mis en usage, il substitua l'emploi des couteaux droits, étroits et à double tranchant, comme étant beaucoup plus commodes que les couteaux à lame courbe, pour diviser les chairs par un mouvement de scie, qu'il faut faire exécuter à l'instrument dans toutes les espèces de section d'une partie quelconque du corps. Il s'efforça de prouver que l'amputation, faite dans les parties gangrenées, était souvent suivie d'hémorrhagie; et le moyen qu'il croyait le meilleur pour arrêter l'écoulement du sang, c'était de provoquer la formation du coagulum.

Il employait, pour arrêter l'hémorrhagie, un instrument semblable au retinaculum de Verduin, dont il couvrait le moignon, et il exerçait la pression à l'aide d'une vis. La seule objection qu'il fit contre la méthode d'amputer de Verduin, c'est que l'étendue de la gangrène dans le membre empêchait souvent de faire un très large lambeau.

J.-L. Petit avait l'excellente maxime de retrancher toujours une aussi grande portion de l'os et une aussi petite quantité de parties molles qu'il était possible; pour cela, il imagina ce que l'on appelle la *double incision*, qui consiste à faire la section dans les parties molles, et en deux temps. Il pratiquait une première incision circulaire jusqu'aux muscles, environ un pouce plus bas que l'endroit où il voulait pratiquer la section de l'os; il refoulait les téguments en haut, de manière que les parties molles fussent à découvert dans l'étendue d'environ un pouce; il divisait ensuite les muscles à la hauteur de la peau incisée; les parties molles étaient repoussées avec le rétracteur, et l'on sciait l'os assez haut pour qu'il pût être recouvert par les muscles et les téguments.

Les chirurgiens modernes ont signalé le défaut capital de la doctrine de Petit, relativement à l'amputation: c'est qu'il avait beaucoup plus de confiance dans la compression que dans la ligature.

En 1736, Petit publia un très intéressant travail sur les anévrysmes.

Les chirurgiens qui l'ont précédé ne songeaient point à rétablir le cours naturel des larmes, lorsque les stylets d'Anel, trop faibles et trop flexibles, ne pouvaient pas forcer l'obstacle par lequel le canal nasal était oblitéré. Alors ils pratiquaient une nouvelle route, en brisant l'os unguis, presque toujours sans nécessité et sans raison, sur la fausse idée que la maladie avait pour cause, ou au moins qu'elle était toujours accompagnée de la carie de cet os.

La méthode substituée par J.-L. Petit consiste à ouvrir le sac lacrymal avec un petit bistouri, à introduire une sonde par la plaie, le sac et le canal nasal jusque dans la narine, et à se servir ensuite de bougies pour la dilatation du passage. Cette méthode peut être regardée comme le modèle de celle qui a été le plus suivie, même jusqu'à présent; elle est fondée sur la structure des parties et sur le mécanisme des fonctions qu'elle tend à rétablir.

Ces recherches, dans lesquelles Petit fit connaître, pour la première fois, ses idées sur la fistule lacrymale, prouvèrent que ce célèbre chirurgien était pourvu d'autant de connaissances en anatomie et en mécanique que de sagacité et de génie en pathologie externe.

Tout devenait pour J.-L. Petit un sujet d'investigation; rien n'échappait à son contrôle, et un point chirurgical quelconque, après avoir été soumis à son examen, brillait ensuite d'un nouvel intérêt.

Il remplaça la fourchette et le bistouri, mis en usage avant lui, dans la section du filet de la langue, chez les enfants nouveau-nés, par les ciseaux et la sonde cannelée qui est d'une utilité si familière dans le plus grand nombre des opérations, et qu'il fit terminer par une plaque, fendue en son milieu. Peu de personnes, avant l'illustre chirurgien, avaient parlé des suites graves auxquelles la section du filet de la langue expose. L'expérience les lui ayant fait connaître, il les décrivit dans un mémoire intéressant, publié parmi ceux de l'Académie des sciences, pour l'année 1742. La première est la suffocation de l'enfant par le renversement de la langue, et quoique personne, depuis J.-L. Petit, n'ait parlé de cet accident, et de la mort des enfants par asphyxie, qui en a été le résultat, et qu'on ait même révoqué ce fait en doute, bien que l'autorité de ce grand maître doive le mettre hors de toute contestation, il serait imprudent de n'en tenir aucun compte.

Le second accident, qui peut succéder à l'opération, est l'hémorrhagie, qu'on a vue devenir mortelle. Les enfants sucent et avalent le sang à mesure qu'il s'écoule, de telle sorte que l'on ne reconnaît l'accident que lorsqu'il n'est plus temps d'y remédier. J.-L. Petit indiqua les moyens dont il se servit pour arrêter l'hémorrhagie, et quoique les chirurgiens moder-

nes leur aient substitué une ressource plus simple, la cautérisation des artères ranines, tous ces préceptes clairement exposés ajoutèrent un chapitre important à l'opération du filet. Ils sont d'un grand intérêt pour la science et la société, et constitueraient à eux seuls un titre de gloire pour leur auteur.

Ces précieuses découvertes de J.-L. Petit, noyées dans les Mémoires de l'Académie, au milieu d'une foule de dissertations relatives à des sciences étrangères à la nôtre, eussent été peu connues si un de ses élèves n'eût pas eu le soin de les rendre classiques, en les résumant dans les œuvres posthumes, imprimées en 1774.

La belle réputation dont jouit J.-L. Petit est principalement fondée sur le mérite de son excellent Traité des maladies des os, qui, regardé universellement, pendant longtemps, comme le meilleur livre classique sur cette partie de la pathologie chirurgicale, eut les honneurs de la traduction dans presque toutes les langues.

Chargé de faire un cours sur les maladies du système osseux, aux élèves réunis dans l'amphithéâtre de Saint-Côme, il s'en acquitta avec un tel succès, qu'il voulut bien accéder aux sollicitations de ces mêmes élèves qui le prièrent de faire imprimer les cahiers qu'il avait rédigés pour ses leçons. Ils fournirent la matière d'un volume in-12 qui parut en 1705, avec le titre suivant : *L'Art de guérir les maladies des os, où l'on traite des luxations et des fractures, avec les instruments nécessaires et une machine de nouvelle invention pour les réduire; ensemble des exostoses et des caries, des ankyloses, et de la chartre ou rachitis, maladie propre aux enfants.*

Le titre seul du livre donnait certainement prise aux censures grammaticales; mais alors on n'avait aucune intention de harceler Petit.

Andry, qui, dix-huit ans après, le critiqua à outrance, approuva cette première édition et attesta, en sa qualité de censeur royal, que le livre était *clair, méthodique et très digne de l'impression.*

L'œuvre de Petit reçut un accueil flatteur, et, quoique destiné aux étudiants, les maîtres de l'art en firent grand cas.

Une nouvelle édition, revue, corrigée, augmentée et qu'on doit préférer à celles qui ont paru postérieurement, fut publiée en 1723. L'auteur l'enrichit d'observations d'un haut intérêt, de découvertes aussi ingénieuses qu'utiles pour la thérapeutique des fractures, des luxations et la commodité des pansements : c'est dans cet ouvrage qu'on trouve la première description exacte des luxations spontanées du fémur.

Le chapitre qui la renferme est intitulé : *De la luxation de la cuisse qui succède aux chutes sur le grand trochanter*; titre évidemment inexact et qui fait croire que J.-L. Petit n'avait observé la maladie que sur des individus qui l'avaient éprouvée en conséquence d'une chute.

Les remarques sur la rupture du tendon d'Achille fixèrent spécialement l'attention des gens de l'art.

A J.-L. Petit appartient l'honneur d'avoir, le premier, donné l'éveil aux praticiens sur cette lésion, qu'Ambroise Paré n'avait fait que confusément entrevoir. Le père de la chirurgie française avait observé le déchirement de quelques fibres du tendon d'Achille, mais jamais sa rupture complète. Un danseur nommé Cochois en offrit à J.-L. Petit un exemple remarquable, mais vivement contesté, et l'opposition la plus systématique fut organisée par ses adversaires, qui ne voulaient pas admettre la réalité du fait.

On nia que J.-L. Petit eût observé une rupture du tendon d'Achille. Une polémique virulente, soutenue par Andry et autres pamphlétaires, animés de la jalousie la plus basse contre l'illustre chirurgien, dura plusieurs années. Elle n'eut d'autre résultat que de donner raison à J.-L. Petit contre ses adversaires, et d'établir, de la manière la plus évidente, la possibilité de la rupture bien constatée du tendon d'Achille.

Ce fut à cette occasion qu'il imagina sa fameuse pantoufle, qui sert à maintenir le pied dans une position convenable jusqu'à l'entière guérison. Plus tard, il étendit l'usage de cet appareil aux fractures du calcanéum.

Quelle perte irréparable la science n'avait-elle pas à redouter pour elle-même, si l'injustice de pareilles attaques eût prévalu, ou si le découragement se fût emparé de J.-L. Petit; mais il devait avoir ce triomphe de plus, celui de fixer plus que jamais ses droits à l'estime de la postérité, à l'instant même où l'on cherchait à les anéantir (1).

L'acharnement obstiné de ses ennemis se tourmenta donc vainement. Une animosité aussi opiniâtre ne put, en effet, ni l'avilir aux yeux du plus grand nombre de ses confrères, ni affaiblir sa réputation; au contraire, ils rendirent un sincère hommage à son beau talent, et applaudirent au choix qu'on fit de lui pour occuper des places honorables.

Sur la proposition de Mareschal et de la Peyronie, le roi Louis XV, en 1724, nomma J.-L. Petit démonstrateur des écoles de chirurgie, pour enseigner aux élèves les principes d'un art qui lui devait tant de progrès.

---

(1) Si la satisfaction la plus flatteuse qu'un auteur puisse goûter consiste à voir ses ouvrages applaudis et cités avec une grande distinction, surtout par des hommes dont le nom seul fait autorité, Petit dut être heureux, car Laurent Heister, Zacharie Platner, Delamotte, Boërhaave, Van Swieten, etc., etc., dans leurs immortelles productions, parlèrent en termes convenables, même avec éloge, du Traité des maladies des os, et ne dissimulèrent pas qu'ils lui avaient fait de nombreux emprunts. Parmi les praticiens français contemporains, en est-il un qui ait rendu une aussi éclatante justice au génie de J.-L. Petit que Garengeot, anatomiste et chirurgien d'un rare mérite, et que notre Bretagne range avec orgueil parmi ses plus illustres enfants?

On lui confia, en 1730, une des deux places de censeur royal, ordinairement accordées aux chirurgiens.

Lors de l'institution de l'Académie royale de chirurgie, en 1731, il fut appelé à en remplir les hautes fonctions de directeur, en raison de l'impulsion qu'il avait imprimée à la science; mais J.-L. Petit sembla ne regarder le suffrage de cette illustre compagnie que comme une anticipation d'honneur qu'il voulait justifier par de nouveaux efforts.

Indépendamment de l'assiduité qu'il mit à assister à ses séances, il répondit à la distinction qui lui fut accordée, en lui communiquant, à diverses époques, des recherches pleines d'intérêt.

Le premier volume des mémoires de l'Académie royale de chirurgie, qui renferme ces précieux travaux, témoigne de la fécondité et de l'esprit laborieux de leur auteur (1).

L'estime générale doit redoubler, s'il se peut, pour la mémoire de J.-L. Petit, en rappelant que le temps qu'il employait à illustrer l'Académie était aussi consacré à l'invention d'instruments nouveaux qui ont enrichi l'arsenal chirurgical.

Il imagina une sonde à double courbure, qui a la forme d'un S, pour l'accomoder à la courbure du canal de l'urèthre et moins fatiguer le malade. Cette sonde est aujourd'hui remplacée par celle en gomme élastique.

---

(1) Observation sur une tumeur lymphatique au bras;

Observation sur une tumeur lymphatique, devenue chancreuse, à la mamelle;

Remarques sur les tumeurs formées par la bile retenue dans la vésicule du fiel, et qu'on a souvent prises pour des abcès au foie;

Observation sur une exfoliation du crâne, où il a fallu employer le ciseau et le maillet de plomb;

Description d'un nouvel élévatoire pour les os du crâne, avec des réflexions sur ceux qui ont été en usage jusqu'ici;

Observation sur un abcès au cerveau, ouvert naturellement et guéri;

Description d'une tumeur squirrheuse très compliquée, placée sur la trachée-artère, près du sternum, avec des remarques sur la nature et sur la cure de cette tumeur;

Remarques sur différents vices de conformation de l'anus que les enfants apportent en naissant;

Mémoire sur quelques obstacles qui s'opposent à l'éjaculation naturelle de la semence;

Observation sur une épingle avalée et tirée par une incision à l'épaule;

Observation sur une épingle trouvée dans le mésentère;

Observation sur une épingle avalée qui parvint, en cheminant, jusqu'au pied;

Observation sur un os de poulet tiré d'un abcès gangréneux au fondement et sur une aiguille tirée par une incision à la même partie;

Observation sur une patte de mauviette avalée et trouvée dans une hernie inguinale gangrenée;

Observation sur une fistule au périnée dont l'ouverture intérieure était au delà du sphincter de la vessie.

J.-L. Petit proposa, pour l'extraction des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, une tige de baleine ou d'argent au bas de laquelle étaient fixés de petits anneaux passés les uns dans les autres en manière de chaîne; il proposa également d'enfermer une tige de baleine dans une canule d'argent flexible, faite avec un fil tourné en spirale.

Dans l'opération de la hernie étranglée, il fit usage d'un bistouri boutonné à son extrémité, et dont le tranchant, préparé avec une lime, ne devait diviser que les parties très tendues, et ménager celles qui étaient molles.

Il perfectionna utilement le trois-quarts, inventé par Sanctorius, en ajoutant au pavillon de la canule une espèce de bec de cuiller, destiné à diriger convenablement le liquide qui s'écoule dans le vase disposé pour le recevoir, et à éviter au malade l'inconvénient d'en être mouillé. Il fit ajouter aussi une petite cannelure sur la canule; elle sert à annoncer la qualité du fluide, parce qu'il en sort une petite quantité par cette rainure, sans qu'il soit nécessaire de retirer le poinçon.

Le pharyngotome, imaginé par J.-L. Petit, est employé à l'ouverture des abcès des amygdales et de l'arrière-bouche, sans danger pour les parties environnantes.

L'heureux génie de J.-L. Petit, qui ne lui faisait apercevoir de nouvelles difficultés que pour leur opposer de nouvelles ressources, lui suggéra plusieurs innovations utiles à la pratique. Il donna de bons préceptes sur le traitement des plaies de tête; recommanda l'emploi de la suture, particulièrement pour les plaies où il existe un lambeau considérable dont la base est déclive et le sommet tourné en haut, insista sur la distinction des signes qui établissent la commotion et la compression du cerveau, et éclaira le diagnostic différentiel des fractures des os du crâne et des bosses sanguines, qu'on pourrait confondre avec les premières, faute d'un examen convenable.

De même que Héry, J.-L. Petit démontra que la cataracte consiste dans l'opacité de la lentille cristalline, et détruisit l'opinion des anciens qui la regardaient comme une membrane formée par l'épaississement des parties les plus grossières de l'humeur aqueuse.

Avant J.-L. Petit, les auteurs de traités sur les maladies des os n'avaient pas oublié de faire mention de la fracture du sternum, mais ils étaient si effrayants dans la description des symptômes et il paraissaient d'une si grande sécurité sur le résultat des moyens curatifs, que Petit pensa avec raison qu'ils n'en avaient parlé que spéculativement, et pour qu'une lacune n'existât pas dans leurs ouvrages. Pour éviter ce reproche, il fit mieux connaître les graves accidents qu'il observa dans les fractures du sternum, et engagea les chirurgiens à trépaner hardiment cet os, afin d'évacuer le sang ou le pus formé derrière lui, ou de relever les pièces enfoncées.

Il étudia mieux que ses prédécesseurs la hernie inguinale; conseilla d'opérer la hernie étranglée sans ouvrir le sac herniaire, et vou-

lut qu'après avoir levé l'étranglement, en incisant l'anneau, on le repoussât dans l'abdomen avec les intestins qu'il renferme; mais, outre que ce procédé est insuffisant, lorsque, comme c'est le plus ordinaire, la constriction dépend du collet du sac, il ne permet pas d'apprécier exactement l'état des viscères et de combattre les altérations qu'ils peuvent présenter. Aussi ce mode opératoire est-il applicable, tout au plus, aux hernies de vieille date, très volumineuses, irréductibles, qu'on est forcé de laisser au dehors.

J.-L. Petit institua de sages procédés opératoires relatifs aux maladies des organes génitaux, spécialement au phimosis, au paraphimosis, à l'adhérence congénitale du pénis avec le scrotum, au pansement des plaies des testicules; il publia des vues ingénieuses sur les causes prédisposantes du varicocèle et du cirsocèle; il divulgua la véritable nature des tumeurs variqueuses et observa avec sagacité que le seul moyen de les guérir consistait dans leur éradication complète; enfin il indiqua un ingénieux procédé de tamponnement, propre à réprimer l'hémorrhagie qui survient quelquefois après l'excision des hémorrhoïdes, l'opération de la fistule à l'anus, et qui est plus simple et plus facile que ceux vantés par Blégny et Levret (1).

Petit avait laissé d'excellentes consultations sur les maladies vénériennes, que Fabre a fait entrer dans son traité sur ces maladies.

L'éclatante célébrité de J.-L. Petit le rendit plus que jamais le centre d'une correspondance très étendue. Devenu l'arbitre des travaux de tous les chirurgiens instruits et le propagateur des meilleures méthodes thérapeutiques, que lui révélaient, que lui confirmaient ses expériences journalières, il put recueillir, dès son vivant, dans les yeux, dans le cœur de tous ceux qui l'approchaient, l'expression des sentiments du monde entier, et jouir de l'approbation des gens de bien, qui, selon l'expression d'un célèbre philosophe, est la seconde récompense de la vertu et des talents sur la terre. Il triompha de l'antique préjugé et plaça la chirurgie sur la même ligne que les autres sciences. On peut affirmer qu'aucun homme, jusqu'à Desault, ne s'acquit une autorité aussi imposante.

L'importance de son enseignement, l'impossibilité de le remplacer convenablement par un autre professeur, engagèrent de la Peyronie et de la Martinière, premiers chirurgiens de Louis XV, à user de la prérogative attachée à leur place en appelant trois fois de suite, et contrairement à l'usage, J.-L. Petit aux fonctions de prévôt des écoles royales de chirurgie.

J.-L. Petit renferma sa vie dans les affections domestiques. Il aimait à réunir, chez lui, ses amis, à les charmer par les excellentes qualités de son cœur, par l'amabilité de son caractère. Tous les instants qu'il pouvait arracher à la clientèle et à l'enseignement étaient consacrés à l'étude; ses manières se sentaient plus d'une franche loyauté que d'une politesse affectée. Ami de l'indépendance, il ne s'assujétit point à des besoins factices, aux ennuis de l'étiquette, à la gêne du cérémonial. Les honneurs l'effarouchaient, et s'il consentait à en porter le fardeau, c'est qu'il s'agissait de l'intérêt de la science.

La gaîté formait la base de son caractère; elle n'était jamais si vive que lorsqu'on lui découvrait une vérité nouvelle, que quand on lui fournissait l'occasion d'une conquête utile à la chirurgie.

Il accueillait tous ceux qui le visitaient, pauvres ou riches, avec une si grande bonté, avec un empressement si gracieux, qu'on pouvait à peine distinguer lequel des deux était le plus honoré. Quelques instants d'entretien pénétraient d'admiration pour ses connaissances, de respect pour ses vertus, d'attachement pour sa personne.

Tous les chirurgiens étrangers venaient lui présenter leurs hommages, et nulle grande entreprise pour la science ne fut commencée sans que, préalablement, on eût pris ses instructions.

J.-L. Petit aimait à s'entretenir avec les

---

(1) Ces utiles vérités sont consignées, avec tous les développements nécessaires, dans un livre intitulé: *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, œuvre posthume de J.-L. Petit, en trois volumes in-8°, mise au jour par Lesne, ancien directeur de l'Académie royale de chirurgie; première édition, 1774; seconde édition, 1789. Une troisième édition, en un seul vol. in-8°, a été publiée en 1837.

Cet ouvrage, accompagné de nombreuses gravures, et auquel J.-L. Petit travailla pendant douze années, jouit d'une importance pratique qui se maintient, bien qu'il soit en arrière de quelques progrès. Résultat des nombreux matériaux que l'auteur rassemblait dans le silence depuis longtemps, et que lui avait fournis sa vaste expérience, il mérite encore le suffrage unanime des savants, et se recommande à la confiance générale des praticiens par des préceptes judicieux et raisonnés; quoique incomplet, c'est un beau monument élevé à la chirurgie, et tous les hommes qui, depuis, ont parcouru la même carrière, y ont puisé d'excellents principes et s'y sont nourris d'une instruction variée et abondante.

« Lisez J.-L. Petit, dit M. le professeur Marjolin, » ses préceptes vous seront toujours d'excellents » guides: vous gagnerez d'autant plus en lisant ses » ouvrages, qu'il raconte les fautes qu'il a pu com- » mettre avec une sincérité remarquable. Si tous les » livres étaient écrits avec autant de conscience, » nous serions probablement moins souvent embar- » rassés; mais trop souvent, quand on rapporte les » résultats de sa pratique, on ne cite que les guéri- » sons, et l'histoire des insuccès reste perdue pour la » science. Aussi les jeunes praticiens, quand ils ont » quelques revers, sont exposés à se réputer malheu- » reux. S'il y avait plus de vérité dans les livres, ils » seraient plus utiles comme enseignement, et nous » aurions en eux un moyen de nous consoler quand » nos efforts n'ont pas été suivis du succès que nous » désirions. » (*Cours de pathologie chirurgicale* leçon du 28 mai 1836.)

jeunes gens qui montraient de l'aptitude pour l'anatomie et la chirurgie; il les aidait de ses vues, il les animait par ses encouragements, et soutenait leurs pas de tous ses moyens ; il se plaisait, en un mot, à favoriser le mérite.

Personne ne fut plus obligeant, plus modeste, plus dépourvu d'ambition ; il ne parlait jamais de lui. Il exposait ses expériences et ses propres découvertes comme des choses à peu près connues ou comme pouvant être faites par tout autre.

Pour l'infortuné J.-L. Petit était un ami secourable. Jamais sa bienfaisance ne fut sollicitée en vain. Soins, argent, médicaments, etc., etc., rien n'était épargné pour les malades indigents.

Vif et brusque, surtout quand il s'agissait de sa profession, une opération irrégulièrement pratiquée, un bandage mal appliqué, l'irritaient plus qu'une insulte. Aussi prompt à revenir qu'à se fâcher, il ne conservait aucun sentiment de rancune, quelque grave qu'eût été l'offense.

Son amitié ne se bornait pas, comme de nos jours, à de chaudes démonstrations apparentes; elle était vraie, énergique et manifestement courageuse dans les circonstances difficiles.

L'emploi de son temps était si bien calculé que rien ne pouvait suspendre l'accomplissement ni l'ordre des devoirs qu'il s'était prescrits.

Ainsi que tous les praticiens très répandus, J.-L. Petit était d'une incroyable activité et semblait inaccessible aux fatigues. Sa ponctualité à se rendre chez ses malades à l'heure convenue était si marquée, qu'elle contrariait les consultants que des obstacles inattendus avaient pu retenir très peu de temps au delà de l'heure indiquée.

Une carrière aussi longue et aussi utilement remplie que le fut celle de J.-L. Petit m'a permis à peine d'en dépeindre les principaux évènements. Un des plus flatteurs pour son amour-propre fut la confiance illimitée dont il fut honoré par les plus éminents personnages de la France et de l'Europe. Plusieurs souverains, entre autres le grand Frédéric, roi de Prusse, en 1744, le chargèrent de choisir des hommes de l'art qu'ils voulaient attacher à leurs personnes ou placer aux premiers emplois, soit dans les hôpitaux, soit dans les armées.

Un mérite si universellement apprécié n'aurait dû contribuer qu'à étendre les progrès de la chirurgie. Pourquoi fallut-il que ce mérite servît de fondement aux arguments les plus absurdes, employés pour arrêter le perfectionnement des études chirurgicales!

L'ordonnance royale de 1743, qui prescrivait à tout chirurgien voulant pratiquer à Paris ou dans ses faubourgs d'être muni du diplôme de maître-ès-arts, était à peine promulgée, que l'opposition la plus vive s'éleva contre elle. On crut avoir démontré que les chirurgiens pouvaient se passer de latin et de philosophie en citant J.-L. Petit, qui était devenu si célèbre. L'exemple était mal choisi, et d'ailleurs peu concluant.

J.-L. Petit est un de ces météores brillants qui ne paraissent qu'à de longs intervalles, et chez lesquels le génie supplée à tout. Bien des fois il avait douloureusement senti combien l'absence d'études littéraires lui avait été nuisible. C'est pourquoi il se détermina à l'âge de quarante ans à apprendre la langue latine, et il parvint en peu de temps à la posséder de manière à traduire facilement les livres d'anatomie et de chirurgie composés en cette langue. Les belles qualités de son esprit plein de perpicacité, sa logique naturelle jointe à une vaste expérience, qui lui valurent le beau titre de premier observateur de son époque, lui firent acquérir ce que beaucoup de savants n'obtiennent pas, même à l'aide de la méditation soutenue des meilleurs ouvrages. Nul n'a plus contribué que J.-L. Petit à la renaissance de la chirurgie. Cette science lui doit une grande partie des progrès qu'elle a faits sous le règne de Louis XV, qui lui accorda une magnifique protection. Les principes posés par Petit devinrent promptement classiques, et l'on applaudit vivement aux quatre vers que le poète Piron composa pour être placés au-dessous de son portrait :

Il ajoutait à l'art, aidait à la nature ;
L'un et l'autre pour lui n'avaient rien de caché.
Que sa mémoire passe à la race future!
Il a cherché le pauvre, et les rois l'ont cherché.

L'âge et les infirmités qui en sont inséparables n'imposèrent que progressivement un terme à l'ardente activité de J.-L. Petit.

La vigueur de sa constitution l'avait exempté longtemps de toute maladie grave. Sa santé s'altéra à la longue cependant par suite des profonds chagrins que lui avait causés la mort prématurée de son fils, jeune homme qui donnait les plus belles espérances (1). Sa vivacité naturelle et le désir d'être utile l'animaient encore dans ses leçons et sa pratique, mais une difficulté de respirer, graduellement croissante, fit bientôt sentir à J.-L. Petit qu'il ne pouvait plus continuer des travaux que le zèle lui rendait plus pénibles qu'à un autre. Il les abandonna, vers la fin de l'année 1749, pour vivre tranquillement. Toujours occupé des progrès de son art, il consacrait ses loisirs à rassembler un grand nombre de faits de pratique que sa longue carrière lui avait permis de recueillir. Mais, quelque importante qu'elle

(1) Dans le cours d'une vie si pleine de succès et de gloire, J.-L. Petit avait été frappé d'un rude coup. Son fils, né en 1710, chirurgien-major des armées à 24 ans, membre de l'Académie de chirurgie, mourut en 1737, offrant l'exemple, assez rare dans notre art, d'un fils digne d'un illustre père.

Petit le fils est auteur d'un essai sur les épanchements de sang et d'un mémoire sur les apostèmes du foie, que les hommes de l'art consultent encore avec fruit.

soit chez les grands hommes, l'existence a son heure fatale. Le premier signal de celle de J.-L. Petit date du 17 avril 1750. La dyspnée, qui, devenue presque habituelle, augmentait à l'occasion d'un exercice même peu prolongé, et que des saignées ne calmaient qu'incomplètement, se compliqua d'une grave hémoptysie. De suite on prévit qu'elle se terminerait d'une manière funeste.

Le 18, l'abondance du crachement de sang et la violence de la dyspnée l'obligèrent à se mettre au lit, et s'apercevant que, malgré les soins les plus éclairés, la mort était imminente, il reçut les sacrements de l'Église avec les sentiments chrétiens dont il avait été pénétré pendant toute sa vie.

Le 19, la journée fut assez tranquille. J.-L. Petit jouissait encore de la plénitude de ses facultés intellectuelles, même de la mémoire, qui nous abandonne ordinairement la première.

Le 20, il parut heureux de se voir environné de sa famille, de ses amis. Ses regards se fixaient sur chacun d'eux; il les plaignait, s'efforçait de les consoler en leur disant combien ils lui étaient chers.... C'est en ce moment, hélas! si douloureux à retracer, qu'il s'endormit du sommeil des justes, n'ayant été fatigué que par la difficulté de respirer, dont la gêne fut supportable dans les derniers instants.

Ainsi cessa de vivre, à l'âge de 76 ans, un mois et quelques jours, le régénérateur de la chirurgie française, l'homme illustre qui résuma à lui seul toute une époque de l'histoire de l'art. Les fondateurs de l'Académie royale de chirurgie ont sans doute acquis d'imprescriptibles droits à la gratitude de la science et de l'humanité; mais l'homme qui remplit ce siècle chirurgical, c'est J.-L. Petit, « à ce » point qu'après sa mort, comme l'a dit » M. Malgaigne, ce n'a pas été de trop de » l'Académie royale de chirurgie tout entière » pour le remplacer, puisqu'il n'y comptait » que des élèves et assurément pas d'égaux (1).»

Le nom de J.-L. Petit est inscrit sur les tables de l'honneur, il est inséparable de la gloire chirurgicale de notre patrie; il sera cher à la postérité, il le sera partout où il y aura des cœurs reconnaissants et sensibles aux progrès de la chirurgie.

P. F. Cabaret, D. M. P.,

à Saint-Malo (Ile-et-Vilaine), membre de la Société médicale d'émulation de Paris.

(1) Lettres sur la chirurgie.

Notices bibliographiques.

Vade-mecum du médecin praticien; — précis de thérapeutique spéciale, de pharmaceutique et de pharmacologie; par MM. J.-G. Amédée Moure et J.-Henri Martin, docteurs en médecine, membres de plusieurs sociétés savantes; 1 vol. grand in-18 de plus de 600 pages, chez Fortin, Masson et Cie. — Ce livre est un traité des indications à remplir dans toutes sortes de maladies et des divers modes d'application des agents thérapeutiques. Adoptant l'ordre alphabétique, qu'ils croient préférable à tout arrangement systématique, les auteurs ont divisé leur travail en trois sections (thérapeutique, pharmaceutique et pharmacologie), en prenant pour type une maladie isolée, s'il est possible, de toute complication, et la posologie qui convient à l'adulte dans les vingt-quatre heures. Un *numéro* de renvoi au Formulaire mentionne spécialement les médicaments auxquels on doit accorder la préférence dans telle circonstance donnée. Dans la section consacrée à la pharmacologie sont indiqués les noms officinaux, la synonymie, la classe, la famille et les parties du médicament ou les préparations usitées, leur action dynamique générale, etc. On a eu soin aussi de signaler les principales incompatibilités, ainsi que les contre-poisons des substances toxiques.

Rouanet. — *Nouvelle analyse des bruits du cœur* (extrait d'un rapport à la Société médicale de Paris sur le Manuel de diagnostic de M. F. Andry); opuscule de 43 pag. in-8°; chez Just-Rouvier. — Ce mémoire est une critique judicieuse et approfondie de l'ouvrage de M. Andry.

Du croup et de son traitement, thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue le 20 décembre 1844 par Jules-Louis Chenantais, de La Chapelle-sur-Loire (Indre-et-Loire), docteur en médecine; 64 pages in-4°. — Une bonne monographie sur le croup est toujours quelque chose d'utile pour la science, encore que bien des travaux aient été dans ces derniers temps publiés sur ce point. C'est à ce titre que nous recommandons la thèse de M. Chenantais comme une histoire complète d'une des maladies que le médecin redoute le plus pour sa responsabilité. On y voit que l'auteur a su s'inspirer dans son travail à la source des bonnes observations, aux leçons mêmes de M. Bretonneau, dont il se plaît surtout à invoquer l'autorité.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 5. — NOVEMBRE 1845.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique chirurgicale.

Service de M. Velpeau. (Charité.)

Résection de l'os maxillaire inférieur.

Dans les opérations chirurgicales, on peut tirer un parti immense de l'incision courbe. Le professeur de la Charité s'applique à le démontrer depuis plusieurs années. Il la substitue, quand c'est possible, aux incisions multiples en T ou en X qui, outre l'inconvénient de multiplier des lambeaux difficiles à rapprocher et à maintenir, laissent des cicatrices très apparentes, disgracieuses, qu'il importe surtout de ne point avoir dans les régions du corps habituellement découvertes, la face, le cou, etc.

Cette modification avantageuse dans l'ablation des tumeurs en général est d'une haute importance lorsqu'il s'agit de réséquer la mâchoire inférieure dans une plus ou moins grande étendue. Dans ces derniers mois nous avons été à même d'apprécier la facilité que donne pour le manuel un lambeau semi-ovalaire unique. Un homme de 38 à 40 ans entre à la Charité pour se faire débarrasser d'un lipome de plusieurs livres siégeant à la partie postérieure de la poitrine, reposant sur la fosse sus-épineuse de l'omoplate et atteignant la base du cou. M. Velpeau, au lieu de deux incisions cruciales, de quatre lambeaux, circonscrivit la moitié du pied de cette énorme tumeur par une incision courbe à convexité tournée du côté de l'épine. Il disséqua le lambeau qu'elle lui donna, découvrit et enleva très promptement la production anormale. Il fut évidemment moins long, causa moins de douleurs que par les autres procédés, et le pansement, plus simple, plus facile, amena un résultat incontestablement meilleur. La suture fut inutile; une douce compression suffit, et une cicatrice linéaire de peu de longueur était située de manière à ne point être comprimée douloureusement par la bretelle. C'est encore moins pour les cas de cette nature que pour la résection du maxillaire inférieur que nous voulons fixer l'attention sur les avantages que nous offre l'incision courbe.

Une jeune femme, Marie Durand, entre à la Charité à la fin de mai. Elle a un cancer de la partie moyenne du corps de l'os maxillaire inférieur; l'affection n'est pas ancienne (six mois), mais elle a marché avec une acuité qui oblige à prendre un parti prompt. La résection est la seule chance de salut : la malade l'accepte, et l'opération est fixée au 26 du même mois.

Marie Durand est couchée sur le dos. Le praticien, à droite du lit, fait une incision courbe qui, commencée un travers de doigt au devant de l'artère faciale droite, se termine à une distance semblable de l'artère faciale gauche et suit l'angle rentrant que forme la région sous-mentonnière de la face en se réunissant au cou proprement dit. Le lambeau qu'elle délimite est disséqué avec soin et relevé; renversé sur le nez, il laisse à découvert l'os altéré dans une étendue suffisante pour reconnaître les limites des désordres et porter les instruments sur les tissus sains; la muqueuse buccale, détachée légèrement en arrière et perforée au voisinage des canines, permet le passage de la scie à chaîne. La résection terminée, les vaisseaux liés, on abandonne le lambeau qui, par son propre poids, revient à sa place normale où quelques points de suture le maintiennent convenablement. L'opération n'a pas été de longue durée, et la malade n'a pas cruellement souffert.

Le huitième jour, la cicatrice était presque achevée. Jusque-là, la marche la plus régulière avait rendu l'espérance à l'opérée, donné une pleine satisfaction à l'opérateur, lorsque, sans imprudence, sans cause appréciable, un érysipèle se manifeste et enveloppe la tête entière. Cet accident a causé de justes craintes; il s'est heureusement terminé en une semaine, mais après lui est survenu une périostite aiguë avec engorgement des glandes du cou, et cette nouvelle complication qui a fait redouter une régénérescence cancéreuse a encore retardé la guérison définitive. Malgré ces traverses tout-à-fait indépendantes de la méthode adoptée, au bout de six semaines le rétablissement s'achève. La rétraction de la langue a été nulle, on n'a plus à attendre que du temps cette production fibreuse, fibro-cartilagineuse, qui, sans combler totalement le vide, redonnera à la mâchoire, ainsi que nous l'avons plusieurs fois observé en cas pareil, une solidité suffisante pour permettre le retour assez complet des fonctions. Le visage de Marie Durand n'a rien perdu de sa régularité, et les traces d'une opération aussi grave échappent à la vue des plus connaisseurs.

L'examen de la pièce enlevée a montré une masse carnifiée qui n'avait pas un seul des caractères de l'organe auquel elle appartenait.

Ce *modus operandi* n'est-il pas bien préférable à ceux qui ont cours, à celui même de Dupuytren qui consistait, vous le savez, à conduire une incision de la partie moyenne du bord libre de la lèvre inférieure à l'os hyoïde et à disséquer à droite et à gauche les lambeaux triangulaires ? — A notre avis, par l'incision courbe, qui convient à tous les cas, le manuel est plus prompt, présente moins de difficultés et fournit un résultat incontestablement plus beau ; la cicatrice ne se voit pas ou se voit peu dans les positions les plus habituelles de la tête.

« Consensus unus, conspiratio una, consentientia omnia. » — Toutes les parties du système humain sont unies par un lien commun.

Le chirurgien doit être médecin ; sans médecine, pas de bonne chirurgie possible. Cette maxime, déjà si ancienne, est malheureusement trop oubliée, et nous voyons chaque jour, dans les salles de blessés des plus grands hôpitaux, les praticiens réputés les plus remarquables ne point mettre en œuvre ce qui convient pour prévenir telle ou telle complication ou combattre les accidents qui se montrent chez un opéré de la pierre, de la cataracte, etc., etc., avec cette timidité ou même avec cette impéritie qui laisse marcher si rapidement le danger.

Le médecin n'a pas le droit non plus de rester aussi étranger qu'il l'est à la chirurgie, parce que dans sa pratique, malgré lui souvent, il est contraint de sortir de sa spécialité ; en ville, à la campagne, isolé de ses confrères, il se trouve dans la nécessité de donner des conseils à un blessé.

A la Charité, salle de la Vierge, 10, le 14 août, était une femme qui a eu à souffrir de la direction vicieuse qu'on imprime à nos études médicales. La dame Lambert, âgée de trente et un ans, brune, vive, portait depuis trois ans une hernie inguinale, côté droit, qu'elle maintenait à l'aide d'un bandage. Le 26 ou le 27 juillet, à la suite d'un accès de colère assez violent, elle est prise de coliques et bientôt de nausées et de vomissements. Elle appelle son médecin ; celui-ci l'examine : il reconnaît à la pression une grande sensibilité du ventre ; il croit à une simple péritonite, prescrit des sangsues, sur l'hypochondre gauche principalement. Les accidents persistent et augmentent, la patiente ne va pas à la garde-robe ; il ne tient compte de rien, reste fidèle à son diagnostic et se contente de prescrire des tisanes adoucissantes, des fomentations, des lavements. Deux semaines se passent, la tumeur de l'aine est trop grosse pour lui échapper désormais ; il y sent de la fluctuation, suppose avoir affaire à un vaste phlegmon, et engage sa cliente à vaincre toute répugnance, à aller à l'hôpital. Dès son entrée à la Charité, la vérité éclate ; l'habile praticien qui dirige le service de la salle de la Vierge se hâte d'ouvrir cet abcès stercoral, duquel s'échappe un mélange infect de pus et de matières fécales.

Voilà donc un anus contre nature dû à l'ignorance du docteur qui fut appelé à donner à cette femme les premiers soins. La constitution de la dame Lambert, la marche des accidents qui se sont développés et l'état dans lequel elle se trouve aujourd'hui (14 août) mettent en droit de penser qu'entre les mains d'un homme plus habile sa lésion n'aurait point eu une terminaison aussi fâcheuse.

31 août. Le mieux continue ; les fèces reprennent leur cours normal, la plaie de l'aine se rétrécit et laisse échapper peu de matières autres que du pus. Le rétablissement est à peu près assuré, et ce à quoi on n'aurait pu raisonnablement songer, c'est que cette dame obtient sa guérison dans un temps aussi court que si elle avait été opérée en temps opportun et selon les règles de l'art.

Craignons pourtant de donner une fausse interprétation à ce fait, qui, bien compris, est d'un enseignement utile.

Service du professeur Roux.

De l'anévrysme poplité.

En présence d'une tumeur anévrysmale, le chirurgien a à choisir entre trois méthodes opératoires : 1° la *méthode ancienne*, consistant dans l'ouverture du sac et dans l'application de deux fils l'un au-dessus de l'autre au-dessous de la maladie ; 2° la *méthode* dite d'*Anel*, de *Desault* ou de *Hunter* ; 3° la *méthode* de *Brasdor*.

La première, qui, nous ne devons pas l'ignorer, a eu des succès incontestables entre les mains des Deschamps, des Pelletan, etc., etc., est généralement oubliée aujourd'hui ; la troisième est une précieuse ressource dans quelque cas particuliers qui ne peuvent autoriser l'emploi de la seconde. Celle-ci est réellement préférée et préférable, l'expérience la place avec raison au premier rang. Quand il s'agit d'un anévrysme poplité, elle offre *différents procédés* dont il est bon d'apprécier la valeur relative : Desault jetait sa ligature sur l'artère poplitée même, dans le but de conserver l'artère articulaire supérieure interne qui naît habituellement à une assez grande distance du pli du jarret. Cette pratique est dangereuse ; on lie un vaisseau malade au-dessus de l'anneau du troisième adducteur (Hunter) ; l'artère est plus difficile à découvrir qu'au sommet du triangle inguinal, en sorte que beaucoup de chirurgiens préfèrent les principes de Scarpa. Le professeur Roux est de ce nombre. Il fonde son choix sur ce que l'artère crurale du jarret à la fémorale profonde n'offre aucune division importante susceptible de concourir avantageusement au rétablissement de la circulation dans le membre. Il suit encore les errements du chirurgien italien quant au mode d'application du lien lui-même ; il serre le fil médiatement : il interpose entre lui et le vaisseau un petit rouleau de sparadrap.

Depuis trente ans cet habile opérateur ne s'est jamais conduit différemment. Ses nombreux succès l'empêchent de songer à modifier sa manière de faire.

Ce point clinique est important. Il devait nous arrêter quelques moments; puisé à une source aussi riche, aussi féconde que celle du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, il ne saurait trop être médité.

HÔTEL-DIEU.

(Salle Sainte-Marguerite.)

Service du professeur Blandin.

Symblépharon profond de la paupière inférieure, œil droit. — Opération nouvelle.

L'autoplastie a, vous le savez, en M. Blandin un de ses plus grands, de ses plus dévoués, de ses plus habiles défenseurs. Comme vous, nous avons maintes fois assisté à ses blépharoplasties, à ses rhinoplasties, etc., dont les résultats parlent si haut en faveur d'une ressource que bien des praticiens, par des calculs souvent peu dignes de la profession, cherchent à affaiblir, à discréditer. Dans ce moment encore, dans son service de l'Hôtel-Dieu (août), on voit une femme à laquelle il a refait un nez avec un lambeau pris sur le front. Cet organe emprunté ne laisse rien à désirer; il est moins camard que bien des nez naturels; il a une forme et des dimensions si ordinaires, qu'à quelques pas le plus habile s'y laisserait prendre. La cicatrice des téguments frontaux est verticale, presque linéaire, et celle qui le circonscrit pour le souder à la surface se suit difficilement. C'est un merveilleux succès que nous ne cessons d'admirer. Mais nous n'avons point l'intention de passer aujourd'hui en revue ses opérations de dates anciennes: nous voulons fixer l'attention sur une autoplastie minutieuse, délicate et tout-à-fait neuve que nous n'avons pas même trouvée en projet dans aucun livre. Nous avons nous-même fourni le sujet à cet habile opérateur. Voici ce dont il s'agissait et ce qui a été tenté avec bonheur: le sieur Jonquet, contre-maître de la fonderie de Nevers, âgé de 36 ans, d'une bonne constitution, eut il y a quinze mois la partie inférieure de l'œil droit brûlée par une goutte de fonte incandescente; la muqueuse viscérale et la muqueuse pariétale escharifiées présentèrent quelques jours après une ulcération étendue. Cette lésion était grave, réclamait une grande attention, des soins minutieux. Le blessé fut pourtant négligé, et la paupière inférieure, bientôt privée de cartilage tarse, contracta des adhérences avec le globe; une cicatrice blanche, bleuâtre, semi-elliptique, recouvrait le demi-cercle inférieur de la cornée transparente: l'autre moitié, parfaitement nette, laissait passer librement la lumière et permettait de se convaincre que les humeurs étaient dans la plus parfaite intégrité. L'œil ainsi uni à la paupière avait perdu la majeure partie de la mobilité qui lui est indispensable pour exercer la vue avec liberté sur les objets qui nous entourent; joignez à cela que, dans des mouvements limités, cet état anormal devenait la source de gênes, de fatigues réelles. Tel était l'état physique de ce blessé lorsqu'il entra dans la salle Sainte-Marguerite et il était résolu à tout supporter pour améliorer sa situation. Après examen, M. Blandin conçut le projet de disséquer la cicatrice de haut en bas, de détruire tous les liens qui faisaient de l'œil et de la paupière un seul organe, et de renverser en dedans le tissu inodulaire apparent, blanc-bleuâtre, déjà décrit, d'en constituer la muqueuse pariétale et de prévenir par elle une nouvelle coarctation, d'imiter, en un mot, le procédé autoplastique par redoublement imaginé par Delpech pour la restauration de la lèvre inférieure.

L'opération a été longue; un tissu cicatriciel fibreux, très dense, comblait le cul-de-sac que forme la conjonctive palpébrale en se réfléchissant sur le globe oculaire au niveau du plancher de l'orbite. M. Blandin y parvint cependant par une dissection habile, et, dès qu'il eut rendu à l'œil sa mobilité dans tous les sens, il fit de la cicatrice un véritable ourlet qu'il maintint à l'aide d'une suture du pelletier. Les deux extrémités du fil, portées avec une certaine force presque horizontalement à droite et à gauche et maintenues solidement par du diachylon sur la tempe correspondante, tendaient le bord libre de la paupière, l'écartaient de la cornée, et concouraient par conséquent encore à prévenir toute cicatrisation vicieuse.

Le quatrième jour la suture a été enlevée, et depuis cette époque le travail a marché avec régularité.

Après un séjour à l'hôpital de trois à quatre semaines, Jonquet prend son *exeat*, très satisfait de son voyage à Paris et des soins qui lui ont été donnés à l'Hôtel-Dieu.

En effet, voici l'état dans lequel il se trouve: l'œil a recouvré toute sa mobilité, il se dirige à volonté sur les corps soumis à son investigation; la partie de la cornée transparente naguère recouverte par une cicatrice n'est plus que légèrement voilée par un tissu cellulaire mince qui ne bourgeonne pas et qui perd notablement de son opacité, de son épaisseur, à faire espérer que le temps la nettoiera complètement; la paupière restaurée a un bord marginal arrondi, elle est un peu raccourcie, mais elle se rapproche sans difficulté de la supérieure pour soustraire entièrement l'organe de la vision à l'action de la lumière.

On ne peut qu'admirer cette terminaison et rendre hommage à la résolution, au talent de ce chirurgien si justement apprécié depuis longtemps.

Extirpation du médius métacarpien; conservation de l'index correspondant (main droite.)

Plusieurs fois on a essayé de conserver le pouce, dans les lésions du premier métacarpien qui en commandaient l'extirpation. Après cette opération, ce doigt, que la nature a isolé considérablement des autres pour qu'il puisse jouir de cette mobilité qui lui est indispensa-

ble pour ses usages, ce doigt se rétracte d'une manière remarquable et n'acquiert pas une solidité suffisante pour recouvrer une partie de son utilité. En somme, nous nous demandons si ce morcellement partiel est préférable à l'amputation pratiquée dans l'articulation carpo-métacarpienne.

On avait à peine, nous le pensons, tenté de conserver l'index dans les caries du second métacarpien, lorsque, il y a six mois, M. le professeur Blandin s'est décidé à le faire chez une jeune couturière de 21 ans. Par une simple incision longitudinale à la partie antéro-externe, il a mis l'os malade à découvert et l'a détaché sans difficulté du carpe en haut, de la phalange en bas. — Il a eu soin de couper le ligament métacarpien transverse à son attache même, de manière à conserver cette retenue précieuse qui résulte de l'union de ce lien aux ligaments antérieur et postérieur de l'articulation métacarpo-phalangienne.

L'index s'est très peu retiré en haut. La plaie a marché à la cicatrisation d'une manière régulière, et aujourd'hui la main a peu perdu de sa régularité. Un tissu fibreux s'est formé à la base de l'index, qui, dans le moment, a déjà assez de solidité, de force, de mobilité pour permettre à cette ouvrière de reprendre son état, de coudre sans peine et sans fatigue.

Il a moins de raideur que le médius, l'annulaire et l'auriculaire. Ceux-ci sont semi-ankylosés, et, à cet égard, nous avons une réflexion à faire : dans les blessures de la main, en général, il faut craindre l'immobilité trop prolongée des appendices, parce qu'il n'est pas de région plus susceptible de perdre les mouvements par le repos et la compression d'un appareil un peu dur, des attelles surtout. On se l'explique aisément en se rappelant son organisation, la multiplicité des gaînes synoviales, qui sous ces influences se dessèchent, s'enflamment, contractent des adhérences.

Chez cette opérée dont le résultat est si remarquable, si propre à encourager le praticien, en présence d'une altération pareille, nous craignons que les trois derniers doigts ne recouvrent plus désormais tout leur jeu. La palette, dont l'usage était indispensable pour les pansements, a été, nous le croyons, maintenue trop longtemps et fixée par des liens trop serrés.

Quoi qu'il en soit, nous aimons à nous rappeler ce succès et nous ne voulions pas le laisser ignorer à vos nombreux lecteurs.

A. G.

II. Clinique médicale.

HÔPITAUX SAINT-LOUIS ET DE LA CHARITÉ.

Observations de pellagre. — Du livre de M. Théophile Roussel sur cette maladie.

Haller a vivement recommandé l'étude des épidémies, qu'il appelle les vies des maladies, *morborum nempè vitas*. Celle des endémies en général offrirait, ce nous semble, plus d'intérêt encore. L'étiologie, cet élément pathologique toujours si difficile à saisir dans les affections sporadiques, présente beaucoup plus de prise aux investigations dans les maladies endémiques ; elle y est en outre la source presque unique des indications thérapeutiques et prophylactiques. L'hygiène publique aurait surtout à y gagner.

Ces réflexions nous paraissent s'appliquer particulièrement à l'étude d'une maladie inconnue aux anciens, qui s'est montrée vers le milieu du siècle dernier sur divers points de l'Espagne et de l'Italie, puis de là dans quelques-uns de nos départements méridionaux dont elle décime sourdement les populations agricoles, et qui semble vouloir s'étendre jusqu'au centre de la France où elle a déjà frappé des victimes isolées. La *pellagre*, que les dermatologistes ont à tort classée dans leur cadre nosologique, qu'ils considéraient naguère comme une maladie exotique, est endémiquement fixée dans une de nos provinces du midi, et elle compte actuellement, dit-on, trois mille victimes dans le seul département des Landes, le plus pauvre en population.

On conçoit, d'après cela, quel intérêt doit s'attacher à la connaissance d'une affection qui, sans doute, a dû souvent passer inaperçue; car le praticien le plus habile, à moins de l'avoir vue ou d'avoir eu du moins l'attention appelée sur ce point, la méconnaîtra s'il s'en tient au seul caractère dermatologique, la pellagre étant une maladie *totius substantiæ* qui s'en prend successivement à plusieurs systèmes, au système nerveux, au système muqueux, au système cutané, qui attaque même l'intelligence et a chargé la nomenclature des aliénations mentales d'une nouvelle variété de folie, la folie pellagreuse. Mais ce qui rend l'étude de la pellagre plus intéressante encore, sous le rapport de l'hygiène publique, c'est qu'elle paraît s'être établie dans chacun des pays où elle existe aujourd'hui à la suite de l'introduction d'une culture inconnue à nos pères, la culture du maïs, et qu'elle s'étend et s'aggrave à mesure que la féconde céréale d'Amérique prend elle-même une place plus considérable dans le régime alimentaire des classes inférieures. Cette thèse, soutenue par la plupart des pathologistes de l'Italie septentrionale, contredite aussi par quelques autres, vient d'être défendue avec talent par un jeune médecin, M. Théophile Roussel, qui vient de voyager en Italie pour étudier la pellagre. Nous aurons bientôt lieu d'examiner si cette dernière assertion ne serait point par trop absolue.

Trois cas de pellagre ont été récemment observés dans les hôpitaux de Paris, deux à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Gibert, en 1842 et en 1843 ; le troisième vient d'être observé à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Rayer, pendant le mois de septembre de cette année. Avant d'entrer dans l'exposé des principaux caractères de cette affection, nous allons d'abord donner les observations que nous en avons eues, en suivant

l'ordre des dates. Les deux premières sont extraites du livre de M. Roussel, la troisième a été prise dans le service de M. Rayer, à la Charité.

Obs. 1. — Adélaïde Chenu, âgée de vingt-trois ans, couturière, entra, le 13 juin 1842, dans le service de M. Gibert, comme atteinte d'un érythème des mains, du visage et du cou. Dès le printemps de 1840, la malade avait rapidement perdu, sans cause connue, l'appétit et les forces. Des maux d'estomac survinrent, accompagnés de vomissements, bientôt après de diarrhée, et de l'apparition sur le dos des mains et sur le front de rougeurs que l'on attribua à un coup de soleil. Les vomissements avaient cessé de bonne heure, mais le dévoiement fut tenace et ne diminua qu'insensiblement pendant l'automne. La malade se trouva mieux toutefois pendant l'hiver et le printemps suivant; mais vers la fin de mai 1841 elle devint enceinte, et la santé recommença à se déranger. Maux d'estomac, vomissements, dévoiement opiniâtre, violents maux de reins et fourmillements dans les membres inférieurs. Le soir, les pieds étaient enflés; mains moins rouges que l'année précédente; d'autre part, il s'est développé sur la partie inférieure du cou une plaque d'un rouge pâle, de la grandeur d'un écu de cinq francs, et dont il se détache, par le frottement, de petites écailles minces. Faiblesse et dépérissement plus marqués qu'en 1840; tristesse profonde. La malade accouche avant terme en décembre 1841. Les suites des couches n'eurent rien de particulier. Vers le commencement d'avril 1842, le visage, les mains et la partie supérieure de la poitrine se recouvrent de taches rouges, luisantes, accompagnées d'une cuisson particulière sensible aux mains. Le dévoiement, qui n'avait jamais été complètement éteint, reprend plus d'intensité; coliques, douleurs des reins, crampes dans les membres; plus de vomissements. La malade s'alite et se fait transporter à Paris. Le 14 juin elle présente les symptômes suivants: amaigrissement considérable; tristesse et abattement profonds; inappétence; pouls petit, faible et fréquent; langue effilée, lisse et rouge à la pointe; douleurs dans les reins; lassitude presque continuelle dans les membres, faisant place, la nuit surtout, à des fourmillements, à des douleurs brûlantes aux extrémités. La partie moyenne du front, la racine du nez, le pourtour des orbites sont comme couverts d'une rougeur terne et livide; en ces points le tégument paraît fendillé, des fragments d'épiderme s'en détachent. Le dos des mains est le siége d'une rougeur plus intense et plus foncée, luisante comme celle de l'érysipèle, et avec de larges plis comme dans certains psoriasis, lorsque les squames sont tombées; l'épiderme se détache par une sorte d'exfoliation; en somme, l'affection cutanée présente ici les apparences réunies de l'érythème et de l'ichthyose. La plaque qui existe au niveau de la fourchette sternale est d'un rouge pâle et présente une desquamation tout-à-fait semblable à celle de cette dernière maladie. Les pieds offrent du gonflement autour des malléoles et une rougeur erythémoïde légère, sans trace de desquamation.

L'état de la malade est à peu près le même dans les dix premiers jours; les gencives sont érodées et sécrètent une matière blanche d'une odeur fétide. Insomnie.

25. Les yeux sont fort brillants; les parties couvertes de rougeur ont pâli et pris un aspect terreux; la malade est sombre et taciturne.

26. Pendant la nuit elle a été prise d'un délire violent et loquace; son état offre les caractères d'une manie aiguë; air hagard, juremens, paroles incohérentes; pas de tendance au suicide ni à la fureur.

27. Le délire persiste avec les mêmes caractères et la même intensité. Pendant toute la nuit elle s'est agitée, essayant de se lever sur son séant, pour retomber aussitôt à la renverse.

28. Elle s'est encore agitée et a poussé des cris toute la nuit; mais elle est plus affaiblie que la veille; elle cherche à saisir des objets imaginaires et à pincer les couvertures. Le soir, affaissement plus grand encore; son œil est terne; elle ne parle plus.

29. Mort après une agonie paisible.

Autopsie. Émaciation extrême. Plus de trace de rougeur aux pieds et à la poitrine; mais l'altération de la peau se retrouve avec les autres caractères sur ces points et sur les mains; la peau est dure comme du cuir, principalement aux doigts; l'épiderme forme autour des articulations phalangiennes une couche très friable et comme cornée; au-dessous les éléments de la peau paraissent confondus; muqueuse gastrique de couleur gris-verdâtre, entremêlée d'arborisations et d'un pointillé rouge-brun; cette membrane est ramollie sensiblement et s'enlève par petits lambeaux; pas de traces d'ulcérations, non plus que sur la muqueuse du gros et du petit intestin. On trouve les sinus de la dure-mère gorgés de sang; très peu de sérosité dans l'arachnoïde; la pie-mère est un peu injectée et adhère à la substance cérébrale; la masse encéphalique est sensiblement ramollie, la substance grise particulièrement; les ventricules contiennent une petite quantité de sérosité rougeâtre; la moëlle est sans altération; les poumons sont infiltrés de sérosité; tubercules crus au sommet.

M. Th. Roussel rapporte que la vue de ce cas dans les premiers jours le frappa en lui rappelant la pellagre qu'il avait observée en Italie; mais l'esprit asservi, comme il l'est toujours par un dogme en vigueur, il se disait que la pellagre n'existe pas en France, et ne voulait voir dans le fait soumis à son observation qu'une ressemblance trompeuse. Ce ne fut qu'au bout de huit jours qu'il se décida à recueillir les antécédents; chaque trait fut une révélation; mais il manquait un dernier symptôme, le délire; deux jours après il survint.

Ce-jour là, le diagnostic fut sanctionné par le docteur Angelo Dubini, de Milan, qui a occupé longtemps le poste de chef de clinique dans les hôpitaux de Milan et de Pavie, remplis de pellagreux. M. Dubini dit ce jour-là qu'il avait, lui aussi, été frappé de l'aspect singulier d'une malade de ce service, qu'il l'avait même crue d'origine italienne. Lorsqu'il eut connu les commémoratifs et qu'il eut revu la malade attentivement, il déclara qu'on avait là sous les yeux un cas de pellagre des mieux caractérisés.

Obs. 2. — Le malade dont il s'agit se présenta, le 15 mars 1843, à M. Gibert, qui, dès le premier examen, reconnut pour cette fois l'existence de la pellagre. Cet individu, nommé Jean-Denis Lemaître, âgé de cinquante-huit ans, a toujours habité les environs de Paris, travaillant à la journée. Tout ce qu'on peut tirer de lui, c'est qu'il a toujours vécu au jour le jour, dans une condition voisine de la misère, et qu'il y a assez longtemps qu'il a commencé à s'affaiblir. Il est amaigri; sa physionomie exprime la torpeur et l'hébétude. Assez bon appétit et pas de fièvre.

Les extrémités supérieures sont le siége d'une large desquamation épidermique à partir du poignet : la face palmaire des mains en est exempte. Des squames, en partie soulevées, en partie adhérentes, laissent apercevoir au-dessous d'elles le derme rouge et fortement érythémateux. Peau sèche, ridée et comme parcheminée ; les doigts semblent enveloppés d'une gaîne formée par l'épiderme épaissi; les plis articulaires de la face dorsale des doigts sont profondément gercés et fendillés; point de douleurs dans ces parties ; les extrémités inférieures sont altérées d'une manière analogue, quoique moins rouges ; la face est couverte de légères squames furfuracées, sans chaleur ni rougeur ; le cou est dans le même état ; ainsi que la partie supérieure du sternum, au niveau de la fourchette de cet os.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, le dévoiement, qui s'était d'abord un peu calmé, reprend de l'intensité ; l'appétit et les forces décroissent également. L'affaiblissement intellectuel marche de pair avec l'affaiblissement physique. Les réponses, toujours peu précises, ne sont obtenues qu'avec la plus grande peine ; délire calme, la nuit surtout. Vers la fin du mois de juin, le dérangement du tube digestif prit les caractères d'une véritable dysenterie. A ces symptômes il se joignit une toux plusieurs fois accompagnée de vomissements. Le dépérissement fit des progrès de plus en plus rapides, et le malade s'éteignit le 6 juillet, après une longue agonie.

A l'*autopsie*, le cadavre offrait un amaigrissement extrême, et l'on voyait sur la peau les mêmes altérations que pendant la vie, moins la rougeur luisante des mains et la teinte brunâtre du bas des jambes et des pieds, qui avaient pâli. Le derme des parties affectées était sec, dur et comme condensé; muqueuse de l'estomac légèrement ramollie en quelques points ; pas de traces d'ulcérations dans le tube digestif ; foie volumineux, d'une teinte fauve, considérablement ramolli, particulièrement au niveau du sillon transverse, où la couche la plus superficielle est réduite à une sorte de putrilage. Rien de notable du côté du cerveau.

Voici maintenant le cas que nous avons observé dernièrement à la Charité.

Obs. 3.—Le 29 août 1845, est entrée à la Charité, salle St-Vincent, n° 21 (service de M. Rayer), la fille Saulé, Eléonore, âgée de 25 ans, couturière à la journée, demeurant habituellement à Vaudeur, département de l'Yonne.

Au premier aspect, elle présente sur le dos de la main une sorte d'érythème chronique se limitant bien régulièrement au poignet. La constitution est faible ; le visage porte l'empreinte d'une sorte d'hébétude et d'imbécillité ; aussi a-t-on beaucoup de mal à obtenir de cette malade quelques renseignements satisfaisants sur son état antérieur.

Cette fille fait remonter à huit années la première atteinte de son mal, qui a débuté par des douleurs dans les genoux et les coude-pieds et une faiblesse des extrémités inférieures qui ne l'a jamais quittée. Antérieurement à cette époque, elle avait eu une pleurésie. Les premiers symptômes de sa maladie actuelle furent combattus par des saignées. Voilà tous les renseignements qu'il nous a été possible d'obtenir sur les six à sept premières années de souffrances et de faiblesse qui n'ont jamais complètement cessé. Interrogée sur son alimentation habituelle, elle nous a répondu que sa nourriture variait suivant la condition des personnes chez lesquelles elle allait en journée. Elle était plus souvent médiocre ou mauvaise que bonne ; le pain de seigle en faisait la base. Jamais elle n'a mangé de *maïs*. (Notons cette circonstance, qui n'est pas sans importance, comme nous allons bientôt le voir. Ce mode d'alimentation n'est d'ailleurs pas connu dans le département de l'Yonne.) Ajoutons qu'elle a eu des glandes au cou étant jeune. Elle a été réglée à 20 ans ; encore ne l'a-t-elle jamais bien été. Elle a le plus souvent eu des retards qui étaient ensuite suivis d'évacuations menstruelles tellement abondantes qu'elles constituaient de véritables pertes. Actuellement, il y a trois mois qu'elle n'a vu. Elle dit avoir sept ou huit frères et sœurs qui tous se portent bien.

En septembre 1844, cette femme, se sentant plus mal, a quitté son pays pour venir se faire traiter à Paris. Elle est entrée dans le service de M. Bouillaud, où elle est restée depuis le mois de septembre jusqu'en avril suivant. Elle se plaignait surtout de faiblesses dans les lombes et dans les extrémités inférieures avec de vives douleurs aux mêmes points ; elle avait en outre une céphalalgie continuelle. Sa maladie fut considérée comme une affection de la

moelle épinière, et traitée par des ventouses scarifiées aux lombes, des sangsues, des vésicatoires, des cautères. Elle porte également aux jambes des traces de vésicatoires et de cautères. Disons, à la décharge de l'habile professeur de la Charité, que cette malade ne portait pas alors le signe dermatologique qui caractérise la pellagre, l'érythème. Qui donc ne s'y fût pas trompé? et d'ailleurs la pellagre est bien aussi un peu une affection de la moelle; mais elle n'est pas que cela.

Cette malade est sortie du service de M. Bouillaud en avril dernier; elle se sentait plus forte; elle est retournée dans son pays. Mais, vers le milieu de l'été, elle a vu son état s'empirer graduellement. « Je me sentais devenir comme imbécile, nous di- » sait-elle trois semaines après son entrée, ma mé- » moire s'en allait, ma vue s'affaiblissait aussi. » C'est ce qui l'a engagée à revenir à Paris et à entrer à l'hôpital. Disons même de suite que cet état de stupidité qui nous a frappés dès son entrée, et que l'on avait d'abord cru congénial chez elle avant que le diagnostic fût établi, ne lui échappait pas à elle-même. A la suite d'une amélioration insidieuse, elle se rappelait fort bien avoir éprouvé une lésion intellectuelle qui s'était ensuite graduellement dissipée.

30 août. — Vue pour la première fois, cette malade présente l'aspect général que nous avons indiqué. Elle se plaint de douleurs dans diverses articulations, particulièrement aux dernières vertèbres dorsales, à celles des lombes, aux genoux et au coude-pied. La lenteur et la difficulté de ses réponses font que les renseignements ci-dessus indiqués et même son état actuel ne sont bien connus qu'au bout de plusieurs jours, ce qui fait que ce que nous dirons d'elle les jours suivants devra souvent s'appliquer également aux jours précédents.

La première chose qui fixe l'attention de M. Rayer, c'est l'érythème que la malade porte au dos de chaque main, érythème à aspect calleux, légèrement fendillé, se terminant très régulièrement vers l'articulation de l'avant-bras avec le poignet. Cet érythème s'est développé il y a un mois seulement, non pas sous l'influence des rayons solaires, mais dans le travail de la couture en chambre.

On fait lever la malade; elle marche difficilement et s'appuie sur les talons, disant que la plante des pieds lui fait mal. Elle sent fort bien quand on la pince.

La langue est naturelle; mais il y a peu d'appétit et la malade est atteinte de dévoiement depuis trois mois. Son ventre est douloureux à la pression.

3 septembre. — État à peu près le même; même faiblesse dans les membres abdominaux; la diarrhée continue. M. Rayer commence à voir dans l'érythème des mains chez cette malade quelque analogie avec celui de la pellagre, tandis que ses douleurs des pieds avec la lésion des voies digestives rappellent l'acrodynie.

4 septembre. — Le diagnostic fait de nouveaux progrès. M. Brière de Boismont, qui a passé six mois à Milan et qui a publié à son retour d'Italie un livre intitulé : *De la pellagre et de la folie pellagreuse*, est invité à examiner la malade. Le résultat de cet examen est pour lui que cette femme présente tous les caractères propres à la pellagre, savoir : l'érythème des mains, leur aspect raboteux comme celui d'une patte d'oie, état déjà plus avancé que le premier degré; la lésion de la moelle épinière se traduisant par les douleurs vertébrales, la douleur et la faiblesse dans les membres, les inférieurs surtout, les douleurs acrodyniques; les lésions de l'intellect, l'air stupide, inattentif, la diminution du sens de la vue; enfin les lésions des voies digestives, la diarrhée continuelle, les douleurs abdominales.

Prescription : décoction blanche; poudre de charbon et de bismuth, de chaque 20 centigrammes; une pilule d'opium de 5 centigrammes.

8 septembre. — Il n'y a pas de changement notable; le dévoiement est arrêté, mais les douleurs abdominales persistent. Commencement d'érythème aux ailes du nez. Le diagnostic est pleinement confirmé. — Gomme édulcorée; sous-carbonate de fer $^1/_2$ gramme. Pilule d'opium; cataplasmes sur le ventre; deux portions.

10 septembre. — On conseille à la malade de travailler, elle répond qu'elle ne s'en sent ni le courage ni la force. Elle est aussi faible du dos que des jambes. Lorsqu'elle est levée, elle sent ses jambes fléchir sous elle. Elle éprouve toujours des cuissons brûlantes dans les jambes. Elle a quelquefois des fourmillements. Ses pieds se gonflent dès qu'elle est levée. Elle dort bien depuis qu'elle prend des pilules d'opium.

17 septembre. — Pas de changement. Le pouls est faible; la langue est bonne et la digestion se fait bien. Quelque temps avant d'entrer, la malade vomissait souvent; mais ce symptôme ne s'est point présenté depuis son entrée à l'hôpital.

18. — Etat le même; prescription la même.

La malade a beaucoup gagné sous le rapport des facultés intellectuelles qu'elle a complètement recouvrées. Mais elle a perdu sur d'autres points. Tout ce qu'elle peut faire, c'est de se traîner de lit en lit dans la salle.

19. — Elle accuse une sensation de barre, une sorte d'oppression en travers de la poitrine. Ce symptôme, qui au premier abord paraît purement nerveux, n'attire que peu l'attention.

20. — Toute la nuit la malade a éprouvé de la suffocation. Elle voudrait qu'on lui tirât du sang. On lui supprime le fer.

Les symptômes de suffocation persistent et augmentent les jours suivants avec réaction fébrile. Le 26, la malade succombe à une péricardite intercurrente.

A l'*autopsie*, cette femme n'a présenté, à part les symptômes de péricardite, aucune lésion capable d'expliquer cette multitude de symptômes si graves observés pendant la vie. La moelle épinière exami-

née avec soin n'a en particulier offert rien de bien appréciable, si ce n'est peut-être, suivant M. Rayer, une légère diminution dans son volume. Un peu d'injection vasculaire dans le gros intestin, mais sans ulcérations.

Les trois observations qui précèdent offrent un ensemble assez circonstancié des caractères les plus saillants de la pellagre; mais elles sont incomplètes en ce qu'elles ne nous font voir la maladie qu'à sa période ultime. Si le caractère dermatologique de la maladie, l'érythème ou l'ichthyose, a joué un grand rôle sous le point de vue séméiologique, on voit néanmoins qu'il ne faut pas toujours compter dessus, puisque, dans le cas observé à la Charité, l'éruption du dos de la main n'est apparue que deux mois avant la mort, alors que la maladie durait depuis huit ans. Il serait donc bien important de savoir reconnaître de bonne heure la pellagre, même dans les cas où la peau n'a pas encore été envahie; car, à l'époque où nos malades sont entrés à l'hôpital, l'art ne pouvait plus rien en leur faveur, tandis que dès le début on peut, par une bonne hygiène, suspendre la marche de la pellagre, ainsi que M. Th. Roussel nous paraît l'avoir établi dans son livre.

Nous allons essayer de suppléer à ce qui manque à nos observations en donnant succinctement un tableau complet de la pellagre. L'étude de cette maladie nous paraît d'ailleurs du plus haut intérêt sous le point de vue pratique, si l'on songe qu'elle est endémique en France dans tout le bassin d'Arcachon, dans les Landes et dans le Lauraguais, qu'elle se choisit des victimes jusque dans les départements du Nord, où naguère on ignorait encore jusqu'à son nom. En dirigeant leur attention sur ce point, les médecins du centre et du nord de la France ne peuvent guère manquer d'en découvrir de nouveaux cas. Ce que nous allons dire peut être considéré comme une analyse de l'excellent ouvrage que M. Th. Roussel vient de publier sur la pellagre (1). Ce nous sera une occasion de lui rendre la justice qui lui est due.

Pour M. Théophile Roussel, la pellagre est, comme l'ergotisme, comme l'acrodynie, une maladie d'un ordre particulier dont il voudrait que l'on fît une classe à part dans la nomenclature, sous le titre de maladies céréales. Hufeland, dans sa *Macrobiotique* ou *Art de prolonger la vie*, a fait l'éloge du régime végétal; selon lui, nous devrions vivre comme les bramines et les banians de l'Inde, presque exclusivement de légumes, de fruits, de lait et d'eau. Mais tous les auteurs, Haller entre autres, ne sont pas de cet avis, et M. Th. Roussel se met avec eux. Il prouve par de nombreux exemples l'influence énervante d'un régime exclusivement végétal, comme on le pratique dans tant de pays. Les populations cherchent en vain à exciter dans leurs organes débilités une force que les aliments ne leur donnent pas, à l'aide d'assaisonnements divers, de spiritueux; M. Raspail offre le camphre! Mais tout cela remplacera-t-il la viande dont le manque se fait sérieusement sentir, qui s'en va tandis que les populations viennent?

Ces réflexions permettront de comprendre, dit l'auteur, « comment une révolution opérée dans le régime alimentaire d'une partie des populations européennes, par une céréale abondante et féconde, mais faiblement azotée en général dans nos climats, d'une maturation souvent pénible, et sujette à de fréquentes altérations, n'a pu avoir lieu sans modifier l'état sanitaire d'une partie de ces populations. » L'histoire de l'Europe septentrionale fournit d'ailleurs des exemples innombrables de maladies provenant des aliments végétaux. Le plus connu et le plus commun est l'ergotisme, que l'on croit avoir été désigné dans le moyen âge sous les noms de *mal sacré*, *feu Saint-Antoine et Saint-Marcel*. On en peut dire de même de l'ergotisme gangréneux des auteurs, d'une maladie qui a souvent ravagé l'Allemagne, la France et l'Italie, et que l'on a désignée sous les noms divers de *convulsio cerealis*, dans la langue vulgaire *kriebelkrankheit* (maladie du fourmillement), *krampfsucht* (mal de la crampe). Ces maladies, auxquelles on ne pense guère dans le sein des académies, n'ont pas pour cela disparu complètement de nos jours. L'acrodynie qui a régné épidémiquement à Paris, et qu'on a en quelque sorte définie sous les noms de chéiropodalgie, rachialgie, érythème épidémique, phlegmasie gastro-cutanée aiguë, a offert beaucoup d'analogie avec la convulsion céréale, avec la pellagre elle-même, et l'on voit dans l'observation de la pellagreuse de la Charité que M. Rayer a bien aussi un peu pensé à l'acrodynie. Or, plusieurs praticiens se sont livrés à des investigations qui les ont portés à croire que l'acrodynie a pu se développer par suite de l'usage de farine de froment de mauvaise qualité.

Ainsi, la convulsion céréale, l'acrodynie et la pellagre formeraient un groupe nosologique naturel, comme M. Rayer l'avait déjà pressenti pour les deux dernières, et cela non-seulement par l'ensemble de leurs caractères pathologiques, mais encore par rapport à leur étiologie, si toutes tiennent à une altération encore mal connue du grain de diverses céréales. Mais, avant d'aller plus loin, tout en signalant ce qu'il y a d'ingénieux dans cette hypothèse, nous devons, relativement à l'étiologie de la pellagre, faire des réserves en faveur d'une imposante minorité qui ne consent pas à trouver dans l'usage de la farine de

(1) *De la pellagre, de son origine, de ses progrès, de son existence en France, de ses causes et de son traitement curatif et préservatif*, par Théophile Roussel, D.-M., ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut de France; 1 vol. in-8° de 400 pages. — A Paris, au bureau de l'Encyclographie médicale, 7, rue Neuve-de-l'Université. — 1845.

maïs la seule cause de la pellagre, qui la voit plutôt dans un ensemble de circonstances débilitantes. C'est là toute une question à part, la plus importante de toutes sans aucun doute, car elle résoudrait celle de la thérapeutique de la pellagre, question qui est actuellement l'objet d'une vive polémique en Italie et qui se représentera naturellement à notre examen à l'article du traitement.

Historique. La maladie que les médecins lombards ont décrite, dit M. Roussel, et qu'ils crurent avoir observée les premiers, a été rencontrée en Espagne vers l'année 1730, et signalée par D. Gaspar Casal, médecin célèbre d'Oviedo, sous le nom de *mal de la rosa*, qu'elle portait dans les campagnes asturiennes. Ce n'est cependant point lui qui a fait connaître hors de l'Espagne l'existence de ce mal; c'est Thiéry qui en a publié, en mai 1755, la première notice dans le Journal de Vandermonde, médecin de l'ambassade de France. Il avait connu à Madrid Casal, devenu médecin de Philippe V, et il avoue avoir copié presque textuellement dans Casal ce qui concerne le mal de la rosa. Sauvages s'empara des extraits de Thiéry, et plaça la maladie nouvelle dans la classe des cachexies sous le nom de *lepra asturiensis*.

Vingt ans après les premières observations de Casal, Antonio Pujati, praticien distingué des États de Venise, observait dans les villages du district de Feltre une maladie qu'il décrivit plus tard, dans ses leçons à l'Université de Padoue, sous le nom de *scorbut alpin*; pendant longtemps elle frappa l'attention des médecins padouans, avant qu'ils y reconnussent la même affection que celle qui vint bientôt occuper les médecins milanais sous le nom de pellagre, nom populaire qui est depuis resté dans la science.

Ce ne fut qu'en 1771 que Francesco Frapolli, médecin du grand hôpital de Milan, effrayé de ses progrès, en publia une courte notice. A dater de cette époque, la pellagre s'est montrée de toutes parts; elle a depuis longtemps attiré l'attention des gouvernements d'Italie; elle commence à éveiller la sollicitude du gouvernement français; ses ravages s'étendent tous les jours de plus en plus, et il semble qu'elle veuille nous tenir lieu de la lèpre du moyen âge.

Il ne faut cependant pas croire que cette maladie ait été reconnue de toutes pièces: aujourd'hui on se dispute sur son étiologie; mais il n'y a pas longtemps encore qu'on se disputait sur son existence, qui n'a été bien universellement admise qu'au commencement de ce siècle.

Le premier cri d'alarme sur la pellagre a été jeté en France par M. Hameau, modeste praticien de la Teste-de-Buch, dans un mémoire lu en 1829 devant la Société de médecine de Bordeaux. Il y avait déjà dix ans qu'il observait chez les misérables habitants du bassin d'Arcachon un fléau auquel il n'osait pas encore donner de nom.

En novembre 1830, M. Brière de Boismont, revenant d'Italie, lut à l'Académie des sciences ses recherches sur cette maladie, qu'il avait étudiée pendant six mois dans les hôpitaux de Milan. A peine fut-il écouté. Aussi disait-il quelque temps après, avec une certaine aigreur: « Beaucoup de gens croient que tout est dans Paris; et, lorsque j'ai publié mon mémoire sur la pellagre, « qu'est-ce que cette maladie? disait-on, nous n'en avons jamais entendu parler. » Et cependant c'était à peine à deux cents lieues de Paris que des milliers d'individus étaient victimes de cette affection. » M. Brière de Boismont, ajoute M. Roussel, ignorait lui-même que la pellagre dévastait alors *incognito*, et depuis de longues années, plusieurs départements français.

Les médecins de Bordeaux, et particulièrement MM. Gintrac et Bormet, ne tardèrent pas à donner un nom à la *maladie de la Teste*: ils reconnurent son identité avec la pellagre italienne. (Consultez à ce sujet le compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine du 3 juin 1845.—Numéro de juillet.)

Depuis quelques mois que l'attention a été appelée sur la pellagre, M. Roussel a reçu des communications nouvelles qui lui ont appris qu'indépendamment de plus de 3,000 pellagreux qui, suivant le calcul de M. Lemarchand, existent dans le seul département des Landes, cette maladie remonte le long du bassin de la Garonne, s'étend sur la plaine du Lauraguais, et s'avance dans les Pyrénées. Elle est observée depuis vingt-deux ans par M. Calé dans les environs de Villefranche. M. Fontan l'a vue dans le village d'Izaourt (Hautes-Pyrénées). M. Roussilhe dit l'avoir observée presque endémiquement aux environs de Castelnaudary, chez les pauvres agriculteurs se nourrissant presque exclusivement de légumes et de bouillie de maïs. Le cas qui vient d'être observé à la Charité de Paris est le cinquième en trois ans qui se soit présenté dans le centre de la France.

Dans un prochain article nous donnerons la description des symptômes de la pellagre; nous examinerons tout ce qui se rattache à la controverse actuellement pendante au sujet de l'influence de la nourriture exclusive avec le maïs. Nous terminerons par quelques mots sur le traitement, qui paraît devoir consister plutôt dans une bonne hygiène que dans les agents de la matière médicale. — Cette maladie, à sa dernière période, est incurable; mais on peut, dans les commencements, en ajourner à longtemps, en détourner même la terminaison fatale.

(*La fin au prochain numéro.*)

OPHTHALMOLOGIE.

III. Études pratiques sur la cataracte (1).

Définition de la cataracte en général.

Cette maladie a été connue des anciens; les ouvrages d'Hippocrate et de Celse ne laissent

(1) Extrait de l'article *Cataracte* (Ophthalmologie pratique, in-8°, sous presse; Germer-Baillière).

aucun doute à cet égard; mais ces auteurs n'eurent sur elle que des idées erronées. Ils donnaient à la cataracte des noms divers; la plupart pensaient que c'était le résultat d'une chute de liquide qui troublait la transparence des humeurs de l'œil et anéantissait la vision (1). Quelques-uns, recherchant le siége qu'occupait ce liquide opaque, le plaçaient, les uns dans la cornée, les autres dans le corps vitré. Ce doute sur le véritable siége de la cataracte continua d'exister même après 1604, époque à laquelle Kepler démontra que le cristallin, qu'on regardait alors comme l'organe immédiat de la vision, n'était qu'un simple instrument de réfraction; il fallut que Lapeyronie et Morand missent sous les yeux de l'Académie des sciences de Paris des cristallins et des capsules opaques, extraits d'yeux cataractés, pour qu'on crût définitivement qu'en effet la lentille et sa membrane d'enveloppe perdaient leur transparence dans cette maladie. C'est alors qu'on reconnut toute l'importance des observations qu'avaient déjà publiées Quarré et Lasnier, et que les travaux de Maître-Jan, de Boërhaave, de Brisseau, de Woolhouse, de Geoffroy, et surtout ceux de Muralt, Heister et Chapuzeau, furent convenablement appréciés. Ces travaux prouvèrent en effet que la cataracte pouvait être constituée non-seulement par l'opacité de la lentille et de la capsule, mais encore par le trouble du liquide de Morgagni.

Les définitions de la cataracte sont excessivement nombreuses; il nous semble au moins superflu de les examiner. Cependant celle qu'en a donnée M. Velpeau mérite de fixer l'attention. Ce serait dans l'état actuel de la science, selon ce professeur, « *une opacité contre nature d'un des milieux transparents de l'œil que traversent habituellement les rayons lumineux pour arriver sur la rétine* (2).» Il est évident que cette définition est trop large et qu'elle ne peut être conservée puisque toutes les opacités autres que celles de la lentille et de ses annexes, celles de la cornée, par exemple, rentreraient évidemment dans la maladie qui nous occupe. En nous fondant sur le siége de la cataracte en général, nous croyons donc préférable la définition suivante qui exprime toutes les conditions pathologiques. *La cataracte est l'opacité totale ou partielle des parties qui constituent l'appareil cristallinien.*

Symptomatologie de la cataracte en général.

1° *Caractères anatomiques.* Lorsque la cataracte est *complète*, on reconnaît les altérations suivantes: le cristallin ou ses annexes présentent une opacité placée derrière la pupille et très rapprochée de cette ouverture; tantôt la tache est plus opaque à son centre, tantôt au contraire elle l'est davantage à sa circonférence.

Couleur. Dans quelques cas, l'opacité présente des plaques blanchâtres, jaunâtres ou nacrées; dans d'autres, au contraire, elle est lisse, plus ou moins bombée en avant selon le volume qu'a pris la lentille. La couleur de la cataracte est très différente, et les quelques mots que nous venons de dire à ce sujet suffiront pour le moment; plus tard nous reviendrons sur ce caractère important en étudiant les principales variétés de la cataracte en particulier; ajoutons toutefois que l'opacité peut varier du blanc le plus mat au noir le plus foncé et qu'elle offre souvent une teinte grise ardoisée ou d'un vert assez brillant.

Consistance. La cataracte présente des degrés divers de consistance, et de là un volume différent appréciable à certains caractères. Nous verrons que, dans la cataracte dure, l'opacité est foncée, que la chambre postérieure existe, que l'iris est mobile et que le pourtour de la lentille est plus transparent que son centre. La vision est moins complètement abolie. Si la cataracte est molle, si à plus forte raison elle est liquide, la capsule est bombée en avant, la chambre postérieure n'existe plus, l'antérieure est diminuée, l'opacité est égale à la circonférence et au centre, l'iris a perdu sa mobilité, la vision est complètement détruite. Lorque la cataracte est liquide, il n'est pas rare que l'iris flotte d'avant en arrière, circonstance due au mouvement du noyau du cristallin renfermé dans la capsule; quelquefois le liquide de densité différente se superpose par couches. La consistance de la cataracte peut être très grande, même en dehors de l'ossification de la lentille et de sa membrane.

L'*iris* est le plus souvent très mobile dans la cataracte; pourtant il perd tous ses mouvements dans quelques circonstances, sans qu'il y ait pour cela complication d'amaurose; l'immobilité de la pupille peut tenir simplement au développement considérable, ou pour mieux dire au ramollissement de la cataracte qui presse le diaphragme d'avant en arrière et le paralyse mécaniquement.

La *pupille* est plus ou moins ouverte et mobile selon les circonstances dont nous venons de parler. Dans toute cataracte, je veux dire dans toute opacité siégeant dans la chambre postérieure près de la pupille, on reconnaît que la marge de celle-ci est bordée d'un anneau noir d'un millimètre de large environ. Tant que le fond de l'œil conserve sa couleur normale, il est facile de concevoir que cet anneau ne soit point perçu et qu'il devienne apparent lorsqu'une tache plus claire se trouve placée derrière lui. L'anneau uvéen deviendra donc d'autant plus visible que la cataracte sera plus blanche, et c'est là ce que l'on remarque en effet.

Ombre portée par l'iris sur la capsule.— C'est un des caractères généraux les plus importants de la cataracte. Il sert surtout à constater le volume de la lentille. Si l'on place le

(1) Cataracte dérive du grec καταράκτης, chute d'eau, de κατάρασσειν, renverser avec force, couler avec violence. On la nommait encore ὑπόχυμα, hypochyma, suffusio, gutta obscura, caliginosa, etc.

(2) Jeanselme, *Leçons cliniques* de M. Velpeau, p. 358, Paris, 1840.

malade obliquement près d'une fenêtre, on reconnaît que derrière l'iris il y a une ombre portée par cette membrane sur la cataracte, phénomène facile à concevoir puisque le diaphragme intercepte les rayons lumineux partout ailleurs que dans son centre. Si la cataracte est dure, les couches opaques seront éloignées de l'iris, et l'ombre portée plus large et plus apparente. Si au contraire la capsule cristalline poussée en avant, comme dans les cataractes molles, est en rapport immédiat avec l'iris, l'ombre ne pourra plus exister et l'absence de ce caractère deviendra ainsi la preuve du ramollissement de la lentille. On remarquera dans tous les cas que le cercle formé par cette ombre de l'iris sur l'opacité sera complet ou incomplet au gré de l'observateur, large d'un côté, étroit de l'autre, selon qu'on placera le malade en face de la lumière ou obliquement et de manière à la faire pénétrer d'un côté seulement entre l'iris et la cataracte, ou directement selon l'axe antéro-postérieur de l'œil.

2° *Caractères physiologiques. Altération de la vision.* La vue s'obscurcit insensiblement ou quelquefois tout-à-coup : dans le premier cas, le malade croit voir un nuage uniformément répandu sur tous les objets et qu'il compare à un brouillard de plus en plus épais; dans le second, il voyait assez bien la veille et perd tout-à-coup la vue. Nous dirons plus loin, en parlant des cataractes molles, comment la cataracte déjà avancée à l'insu du malade peut l'aveugler tout-à-coup. Au début de la maladie, il arrive quelquefois que les patients croient voir devant eux des mouches volantes, des toiles d'araignées ou des flocons de neige qui disparaissent et reviennent à des moments indéterminés. Dans quelques variétés, la vision s'accomplit mieux à l'ombre ou le soir qu'en plein jour (cataractes dures) ; dans d'autres cas, la vue est également mauvaise à une lumière intense ou faible (cataractes lenticulaires molles et cataractes capsulaires complètes). Ce phénomène s'explique facilement. Dans les cataractes d'une certaine densité, le centre de la lentille est d'abord opaque, tandis que les couches de la circonférence demeurent longtemps transparentes ; dans les cataractes molles, les couches externes du cristallin sont également ramollies. Il est inutile d'ajouter que, dans la cataracte capsulaire complète, la tache, quand elle s'étend à toute la pupille, ne laisse point arriver les rayons lumineux au fond de l'œil, qu'ils soient nombreux ou non. Dans le cas où le malade voit mieux à l'ombre, le grand jour ou une lumière vive le gêne singulièrement, il éprouve une sorte d'éblouissement qui lui fait immédiatement porter la main au-dessus des yeux en guise de garde-vue; s'il voit encore assez pour se conduire, il traîne les pieds à terre, incline la tête sur la poitrine, porte une visière ou un chapeau à larges bords, afin de modérer l'intensité du jour.

A mesure que l'opacité augmente, les objets éloignés disparaissent, circonstance qu'on peut expliquer et parce qu'un moins grand nombre de rayons pénètrent jusqu'à la rétine, et parce que le cristallin, devenu plus dense, les réfracte plus énergiquement. Peu à peu les petits objets sont perçus plus difficilement, puis disparaissent, et bientôt les grands eux-mêmes ne sont plus reconnus; la lumière artificielle, une bougie, par exemple, semble être entourée d'un cercle de feu au début de la maladie, surtout quand le centre de la lentille est atteint le premier. Quelquefois la flamme a sa forme ordinaire, mais elle est entourée d'une auréole rayonnée d'une largeur considérable et telle que certains malades croient voir devant eux un réverbère.

L'accomplissement de la vision dans la cataracte est subordonné nécessairement à la forme de l'opacité et au lieu qu'elle occupe. Des stries opaques nombreuses, situées vers la circonférence de la lentille, ne gêneront point la vision, tandis que s'il y en a quelques-unes dans le centre, soit en avant, soit en arrière, les objets seront fort mal perçus ou même disparaîtront tout-à-fait. On remarquera cependant qu'il est des cas de cataractes dures dans lesquels le cristallin ne perd point complètement sa transparence, même au centre où il est le plus trouble, et le malade conserve la faculté de voir de près des objets même très petits. C'est un cas qu'on retrouve fréquemment dans la pratique et qui pourrait paraître exceptionnel, par ce motif que tous les caractères physiques de la cataracte existant, il est difficile de s'expliquer comment la vision peut continuer de s'accomplir.

Mouches volantes. Au commencement de la cataracte, le malade voit assez souvent voltiger dans l'air des corpuscules de forme et de couleur variables (fils, cheveux, flocons de neige ou de laine, etc.), qui ne sont le plus souvent que des symptômes de congestion vers l'œil. J'ai connu plusieurs sujets âgés atteints de cataractes lenticulaires commençantes qui apercevaient des mouches volantes, des étincelles, après des écarts de régime, ou même après le dîner ordinaire. Ces phénomènes revenaient chez deux d'entre eux pendant des accès de toux. On a pensé encore, mais rien ne prouve qu'il en soit ainsi, que les mouches volantes peuvent être dues à la présence de corpuscules dans l'humeur de Morgagni, etc. Lorsque la cataracte est plus avancée, cette complication disparaît.

Étiologie de la cataracte en général.

Les causes de la cataracte sont entourées pour la plupart d'une impénétrable obscurité, bien qu'elle se puisse développer depuis la vie fœtale jusqu'à la vieillesse la plus avancée. Les hypothèses n'ont pas manqué pour donner l'explication de ce phénomène, mais il est difficile de les soutenir lorsqu'au lit du malade on pèse à leur juste valeur les théories sur lesquelles elles reposent. La cataracte frappe le plus souvent les vieillards. Est-ce donc à l'âge qu'il faut attribuer chez eux la maladie? n'y a-t-il point une cause directe, et cette cause

quelle est-elle ? C'est là, je le répète, un point fort obscur. L'âge, le sexe, l'hérédité, les professions, le climat, les abus de toute sorte, ont été rangés parmi les *causes prédisposantes* de cette maladie: nous examinerons quelle en est la valeur. Parmi les causes occasionnelles, on trouve les lésions directes et les inflammations internes de l'œil.

Causes prédisposantes. 1° *Âge.* Il est incontestable que les vieillards sont plus fréquemment atteints de cataracte que les jeunes gens. L'opacité du cristallin, dit-on, est le résultat de l'oblitération naturelle et sénile des capillaires et de l'épaississement des humeurs, etc., etc. Mais s'il en est ainsi, quelle serait la cause de la cataracte congéniale ? Evidemment elle est tout aussi inconnue que celle qui frappe l'homme dans sa vieillesse. Il est hors de doute que l'arrangement moléculaire du cristallin cataracté aux deux extrémités de la vie ne se ressemble point ; mais quelle est la cause de cette différence? c'est là un problème qui est loin d'être résolu. Chez l'enfant cataracté, le cristallin est toujours mou ; il a le même aspect chez l'adulte, lorsqu'une blessure a frappé la lentille. La cataracte du vieillard est le plus souvent molle aussi, mais assez fréquemment elle prend une consistance cornée qu'on ne retrouve pas dans les périodes moins avancées de la vie. Encore une fois, pourquoi ces différences ?

2° *Sexe. Constitution.* On pense assez généralement que les individus robustes sont plus fréquemment atteints de cataracte que les autres. Les statistiques, du moins, paraissent établir ce fait que semblerait détruire mon expérience personnelle. Je n'ai point vu, en effet, que des sujets d'une mauvaise constitution fussent plus que d'autres à l'abri de cette triste infirmité. Les femmes y sont aussi sujettes que les hommes.

On admet généralement que les constitutions scrofuleuses, rhumatismales, goutteuses, que le vice syphilitique produisent la cataracte ; on a cru encore que la suppression d'anciens ulcères, de cautères ou d'anciens écoulements, de même que la suspension d'un flux sanguin habituel, se rattachaient à l'apparition de cette infirmité. Chez ces individus, les émotions vives, comme la colère ou une joie subite excessive, ont paru dans quelques cas se lier à la formation de cette maladie ; mais évidemment toutes ces causes sont si éloignées, si secondaires, que nous ne saurions leur accorder une pareille influence.

3° *Hérédité* Il est incontestable que la cataracte se transmet dans quelques familles ; Janin a vu ce cas dans une famille composée de six individus. Maunoir vit la femme, le fils, le grand-père, l'oncle, la tante, plusieurs cousines du côté paternel, être atteints de cette maladie ; Wardrop, Mackensie, Middlemore, Travers, Sanson, Richter rapportent des observations semblables. J'ai vu moi-même plusieurs fois des familles de cataractés chez lesquels l'opacité de la lentille était complète, dans un cas à peu de distance de la naissance, dans d'autres cas, au contraire, entre la vingt-cinquième et la trentième année.

Une remarque que j'ai faite deux fois, dans deux familles différentes, c'est la naissance de plusieurs enfants cataractés d'individus chez lesquels le cristallin avait toujours présenté sa pureté normale. Aucun des grands parents de ces enfants n'avait été atteint de cette maladie. Qui pourrait donner le mot de ces énigmes ?

4° *Profession.* Si l'on en croit la plupart des auteurs, certaines professions joueraient un rôle important dans la production de la cataracte. Ces professions seraient surtout celles dans lesquelles l'œil est soumis à l'action d'une lumière intense : les forgerons, les verriers, les émailleurs, les horlogers, les bijoutiers, les peintres en miniature, en général tous ceux qui travaillent sur de petits objets, à l'œil nu, ou à l'aide d'une loupe, sembleraient être plus exposés que d'autres à la cataracte.

C'est là pour nous une observation absolument controuvée. Nous n'avons point vu que ces professions exerçassent une influence réelle sur la transparence du cristallin. On cite des cas, il est vrai, dans lesquels la cataracte s'est formée immédiatement au moment où l'œil se trouvait en rapport avec une lumière intense; mais d'abord ces faits sont exceptionnels, et rien ne prouve d'ailleurs que l'opacité du cristallin ne préexistait point, au moins jusqu'à de certaines limites. On pourrait admettre même que la cataracte était peut-être depuis longtemps complète et que l'accident qui est venu frapper l'œil sain pour un moment a attiré accidentellement l'attention sur celui qui était malade. Ne voit-on pas tous les jours des individus qui ont perdu un œil depuis longtemps et qui ne s'en aperçoivent que fortuitement?

5° *Climat.* On admet généralement que le climat exerce une influence réelle sur la formation de la cataracte, et que cette maladie est plus fréquente dans le nord que dans le midi ; il paraîtrait même, au dire de M. Rognetta, dire contraire à celui de M. Martins, membre de la commission scientifique du nord, que les oculistes voyageurs exploitent avec plus de profit les climats froids (1). Cette remarque n'est vraie toutefois que dans certaines limites, car, si l'on en croit Mackensie (2), les habitants des pays volcaniques, comme Naples et la Sicile, y seraient très sujets. Personne n'ignore non plus combien cette affection est fréquente en Orient et en particulier dans l'Égypte. D'un autre côté, M. Furnari affirme qu'elle est fort rare en Afrique (3).

Causes occasionnelles. 1° *Lésions traumatiques.* Cette cause produit fréquemment la cataracte ; les piqûres, les contusions violentes directes ou par contre-coup doivent être

(1) Rognetta, *Traité d'ophthalmologie*, p. 574.
(2) Mackensie, p. 514.
(3) Furnari, *Voyage dans l'Afrique*, p. 105-114.

rangées parmi les causes occasionnelles les plus actives.

2° *Inflammations internes.* Ces causes agissent le plus ordinairement sur la capsule du cristallin; ce n'est que plus tard que ce corps lui-même devient opaque. Cette variété de cataracte capsulo-lenticulaire est ordinairement accompagnée d'adhérences entre l'iris et la capsule (synéchies postérieures), et même d'accidents plus graves, comme la choroïdite, l'amaurose, etc.

Marche de la cataracte en général.

Elle varie singulièrement et selon une foule de causes qui sont pour la plupart fort obscures. Chez tel individu, l'opacité du cristallin sera complète en quelques jours, en quelques heures, ou même subitement, tandis que chez tel autre elle ne se complètera qu'après deux, trois, quatre, huit années, ou même demeurera stationnaire indéfiniment. Si l'on en croit Demours, deux ans suffiraient pour que la cataracte devînt complète; rien n'est pourtant moins fondé que cette assertion. Si la cataracte est molle, si des stries nombreuses déjà parcourent le cristallin et ont presque atteint son centre, il est permis de croire, sans toutefois fixer des limites précises, que la lentille sera bientôt opaque dans toute son étendue. Mais que la cataracte soit dure, que son centre soit plus opaque, qu'il n'y ait point de stries dans la substance corticale, on devra s'attendre à voir la cataracte marcher avec une extrême lenteur; aussi le praticien devra-t-il être réservé sur le pronostic.

Lorsque la cataracte a frappé plus particulièrement la capsule, comme cela arrive à la suite de l'inflammation de cette membrane ou de l'iris, la tache ne fait aucun progrès si la phlogose qui l'a produite est éteinte, circonstance dont il est toujours facile de se rendre compte.

La cataracte marche ordinairement plus vite dans un œil que dans l'autre; quelquefois elle est complète d'un côté tandis que l'autre cristallin est encore parfaitement pur. Si la cataracte capsulaire frappe un seul œil, la lenticulaire au contraire atteint généralement les deux; tantôt simultanément quoiqu'à des degrés différents, tantôt l'un après l'autre à des intervalles très rapprochés ou très éloignés; il n'y a point de règle à établir à cet égard.

Pronostic de la cataracte en général.

Il est fondé sur l'espèce de cataracte, sur l'absence ou la présence de complications sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir plus loin. Lorsque la cataracte est simple et encore peu avancée, le praticien se fondera sur l'étude des caractères anatomiques de la tache cristalline pour se prononcer sur l'époque à laquelle celle-ci sera complète. Il devra, dans tous les cas, ne rien préciser d'une manière absolue. Le pronostic dont nous nous occupons ici se rapporte plus particulièrement à ce qu'on appelle dans le monde la maturité de la cataracte. Nous rappellerons qu'il ne s'agit point en ceci de la cataracte capsulaire simple, dans laquelle la tache une fois formée n'augmente plus et diminue même par les progrès de la résorption.

Division des cataractes.

On a divisé, depuis Beer, les cataractes, en *vraies et fausses*; nous conserverons cette division qui ne nous paraît point présenter les inconvénients que quelques auteurs ont cru y trouver. Parmi les cataractes vraies nous placerons celles dont le siége est dans le cristallin et sa capsule isolément ou simultanément; nous trouverons là les cataractes lenticulaires, dures, molles, liquides, les cataractes capsulaires, et enfin les cataractes capsulo-lenticulaires primitives ou secondaires à l'opération. Parmi les cataractes fausses, nous rangerons les opacités siégeant dans la pupille et formées par l'organisation de substance fibrineuse purulente ou sanguine. Nous y placerons aussi la cataracte pigmenteuse ou uvéenne. Cette division n'exclut donc point la classification des cataractes selon leur siége, ainsi qu'on l'a prétendu. Une fausse cataracte n'en est pas une, dit-on; mais évidemment ce n'est là qu'une affaire de mots, puisqu'en définitive l'opacité siége dans la pupille et s'oppose à l'accomplissement de la vision. Le tableau suivant donnera une idée exacte de la division que nous croyons devoir adopter.

CLASSE I. — CATARACTES VRAIES.

A. CATARACTES LENTICULAIRES.	DURES. . .	vertes. grises. noires. osseuses, pierreuses, plâtreuses.
	MOLLES. . .	striées, fenêtrées. barrées à trois branches, etc. déhiscentes. disséminées. congéniales. traumatiques. glaucomateuses.
	LIQUIDES. . .	morgagniennes ou interstitielles. cystiques. purulentes, fétides.
	Autres variétés de la cataracte lenticulaire molle, dure ou liquide.	cataracte branlante ou flottante. — luxée.

B. CATARACTES CAPSULAIRES.	antérieures. postérieures. pyramidales ou végétantes. arides siliqueuses.
C. CATARACTES CAPSULO-LENTICULAIRES.	
D. CATARACTES SECONDAIRES.	membraneuses (1re variété). capsulo-lenticulaires (2e variété). lenticulaires (3e variété).

CLASSE II.—CATARACTES FAUSSES.

Cataracte fibrineuse ou purulente (hypopyon organisé dans la pupille).
— sanguine.
— pigmenteuse.

Cette division présente, selon nous, non-seulement l'avantage d'établir une ligne de démarcation de la cataracte sous le rapport de son siége, mais encore d'indiquer les différences qu'elle offre sous le rapport de sa densité. Nous aurons trop de fois l'occasion d'insister sur la valeur de ce dernier caractère dans la suite de ce travail pour nous en occuper plus longtemps ici.

Classe I.— Cataractes vraies.

A. Cataractes lenticulaires.

Elles présentent trois grandes divisions très importantes sous le rapport de leur densité, et qui méritent d'autant mieux d'être connues, que c'est sur elles qu'on fonde en grande partie le choix du procédé opératoire. Nous avons déjà vu, dans le tableau qui précède, que la cataracte lenticulaire est *dure*, *molle* ou *liquide*. Il est inutile de faire remarquer qu'il existe des degrés de consistance intermédiaires, et qu'ici nous nous bornons à décrire le type de chacune de ces trois variétés.

La cataracte lenticulaire ne prend pas toujours les mêmes formes à chaque période de la vie. Chez l'enfant elle est toujours molle, gélatineuse, de couleur laiteuse, caractère très prononcé dans la cataracte congéniale. La cataracte traumatique présente, avec une consistance un peu plus grande, des caractères physiques analogues. La lenticulaire du vieillard est différente: le plus souvent il est atteint de la cataracte molle striée que nous décrirons plus bas. C'est sur lui qu'on observe la cataracte dure. L'enfant et l'adulte n'en présentent jamais d'exemples. Les cataractes vertes, grises et noires appartiennent encore aux vieillards. Je n'ai jamais vu de cataracte liquide sur des enfants; elles sont assez communes chez les personnes agées et chez les adultes.

1° Cataractes lenticulaires dures.

Caractères anatomiques. Début. C'est par le centre du noyau du cristallin que l'opacité commence dans la cataracte lenticulaire dure; peu à peu la tache augmente en s'étendant vers la circonférence. Cette tache est de couleur foncée, terne, et est traversée vers son pourtour par quelques rayons lumineux; elle varie pour la couleur : tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, elle est d'un gris particulier; tantôt, au contraire, elle est d'un jaune verdâtre; enfin, elle est quelquefois brune ou noir-foncé. Il est à remarquer que plus la couleur de la cataracte s'éloigne du blanc, plus elle est dure.

La cataracte dure *accomplie* offre les mêmes caractères à un plus haut degré; toujours le centre est plus opaque que la circonférence. Le volume du cristallin a diminué; on s'en rend compte aisément par l'agrandissement de la chambre postérieure dans laquelle *l'ombre portée* par l'iris sur la cataracte est très grande. On reconnaît facilement que cette ombre siége sur une surface aplatie, preuve évidente que la densité de la lentille a augmenté. Dans les cataractes molles, le cristallin offre une grande convexité.

L'*iris* a toute sa liberté; ses mouvements sont rapides; s'il est légèrement poussé en avant, comme cela se voit chez les vieillards, ce n'est point la cataracte qui lui donne cette forme.

Le *cercle uvéen*, qui borde la pupille dans sa marge, ne se reconnaît qu'avec une certaine difficulté à cause de la couleur foncée de la lentille.

Caractères physiologiques. Rarement les malades sont absolument aveugles; presque toujours ils conservent la faculté de voir de très près des objets d'un assez petit volume. A un demi-jour, leur pupille se dilatant largement, les couches périphériques du cristallin, qui ont conservé une demi-transparence, sont traversées par la lumière, et la vision se fait assez bien.

Marche, pronostic. La marche est ordinairement très lente; de toutes les cataractes lenticulaires, c'est celle qui progresse avec le moins de rapidité, surtout lorsque les caractères de la dureté sont bien marqués. Il en est autrement lorsque la surface de la lentille offre quelques-uns des signes du ramollissement, c'est-à-dire lorsqu'elle présente des stries ou des lignes qui se dirigent de la circonférence au centre. On doit s'attendre, en opérant une semblable cataracte, à trouver un noyau dur, environné de substance corticale ramollie. Le pronostic, dans le cas où la cataracte offre ces caractères, doit être réservé en ce sens que l'opacité devient complète beaucoup plus tôt. Si au contraire les symptômes qui indiquent la densité du cristallin sont franchement dessinés, on pourra hardiment avancer que la cataracte ne sera pas complète avant plusieurs années.

Docteur DESMARRES.

(La suite au prochain numéro.)

TOXICOLOGIE.

IV. Remarques sur quelques cas d'empoisonnement guéris d'après la méthode italienne (1).

Il était réservé à la science italienne, créatrice de tant de merveilles en tous genres, de répandre de nouvelles lumières sur la doctrine toxicologique, comme elle a déjà fait pour la pathologie et pour la thérapeutique.

Tandis que la plupart des toxicologistes, se fondant sur une erreur brownienne, ne voient dans les poisons que des stimulants dont les effets délétères sont le produit d'une action mécanique ou physico-chimique, les médecins italiens, s'appuyant sur des preuves nombreuses tirées de l'expérience, de l'observation et du raisonnement, voient une action bien différente dans la majeure partie de ces mêmes poisons; leurs effets meurtriers ne commencent à se développer pour eux qu'au moment où ces poisons, venant à pénétrer dans le torrent de l'assimilation, menacent de près les sources de la vie.

De là deux manières toutes différentes de traiter les empoisonnements.

Les élèves de l'école d'Orfila, voyant tout le péril dans les ulcérations de l'estomac et des intestins, prescrivent une méthode de traitement évacuante, font ingurgiter à leurs malades des quantités incroyables de substances résolutives et s'empressent de recourir à cet indigeste fatras de prétendus contre-poisons; ils oublient seulement que dans l'organisme vivant il y a bien autre chose que des cornues de chimiste, et que les lois de la vie, tant qu'elles durent, imposent silence aux lois moléculaires qui asservissent les corps bruts.

Les médecins élevés d'après les principes du contro-stimulisme se conduisent bien autrement; comme ils savent distinguer dans tout agent médicamenteux les effets essentiels de ceux qui ne sont que secondaires et passagers; comme ils savent également tenir un compte exact et des effets locaux ou irritatifs et des effets généraux ou dynamiques, ils s'attachent, s'il en est encore temps, à débarrasser l'estomac du résidu vénéneux par la voie la plus courte; puis ils viennent immédiatement en aide aux forces vitales en administrant les stimulants, si ces forces sont en défaillance, ou bien les contro-stimulants, si l'empoisonnement a eu lieu par des substances d'action tout opposée.

Il suffit d'un instant de réflexion pour juger du mérite comparatif des deux méthodes. Un empoisonnement a plus de chances de guérison s'il est abandonné aux seules forces de la nature que s'il est traité d'après les principes de la toxicologie française, tandis qu'il est rare que le malade ne soit pas soustrait au péril s'il est traité en temps opportun, d'après les règles de la médecine italienne.

C'est donc une chose louable et même sainte de publier tous les faits qui peuvent enrichir le domaine de la science réformée et frapper les esprits des moins clairvoyants, si sujets à se jeter dans l'idolâtrie des grands noms qui servent d'enseigne à l'erreur, tandis que la puissance du vrai ne s'y laisse pas prendre.

C'est pour cela que je ne crois pas qu'il soit tout-à-fait inutile pour la toxicologie italienne de rapporter ici quelques cas d'empoisonnement que j'ai eu occasion de traiter et que j'ai conduits à bonne fin en suivant les enseignements de la nouvelle réforme médicale de notre pays.

Je me bornerai à exposer simplement les faits tels qu'ils se sont présentés à mon observation, et je m'abstiendrai de toutes réflexions qui pourraient paraître trop flatteuses pour les nouvelles doctrines.

Obs. 1. — *Empoisonnement par l'arsenic.* — Antonio Moro, agé de cinquante-deux ans, balayeur, de forte constitution, jouissait d'une santé parfaite, lorsqu'il descendit, le 13 mai dernier, sur les dix heures du matin, dans une cave pour la balayer. Il aperçut dans un coin de cette cave du fromage que l'on avait empoisonné avec de l'arsenic afin de s'en faire de la mort-aux-rats. Cet homme se trouvant pour lors très affamé, et ignorant d'ailleurs pour quelle raison ce fromage se trouvait là, se mit à en avaler une grande partie avant de se mettre à l'ouvrage. Un certain goût âcre, qu'il lui trouva dès les premières bouchées, ne l'empêcha pas de continuer. Peu d'instants après, ce malade sentit naître dans son estomac un sentiment d'ardeur et d'angoisse, puis ensuite de brûlure à la gorge avec de la salivation, des nausées et des efforts de vomissement. Ces symptômes ayant augmenté d'intensité, le malade se mit à appeler du secours. Comme on apprit de suite qu'il venait de manger du fromage arseniqué, on le mena incontinent chez le pharmacien le plus

(1) Ce mémoire, que nous extrayons du *Memoriale della medicina contemporanea* (cahier de mai et juin 1845), a été lu à l'Athénée de Venise par le docteur Barzilai.

En traduisant cet article de l'italien, sans y rien supprimer, nous avons pour but de faire connaître à nos lecteurs quelles sont les doctrines qui ont cours dans une des contrées les plus éclairées de l'Europe. On sait que la toxicologie française, qui, comme science, ne date que d'hier, tire beaucoup plus d'éclat de son côté chimico-légal que du côté thérapeutique. Elle est rarement puissante à conjurer les effets d'un empoisonnement. Il est donc bon d'examiner si ceux qui suivent une méthode différente ont plus de succès. C'est à ce titre que les trois cas que nous donnons ici nous paraissent avoir de l'importance. Nous eussions pu supprimer les éloges un tant soit peu pompeux que l'auteur donne à ceux de sa nation, et faire nos réserves sur ces chants de triomphe, qui ne conviennent que pour des travaux qui ont subi l'épreuve des temps et nullement pour des questions encore en litige. Nous avons préféré ne rien changer à son mémoire et laisser nos lecteurs porter tel jugement qui leur sera suggéré d'après leurs propres impressions.

N. D. R.

voisin, qui lui administra un émétique, comme le meilleur remède au début d'un empoisonnement. Le malade ne tarda pas à vomir abondamment; mais aussitôt il tomba dans un état de prostration générale avec froid glacial, des crampes aux membres et des convulsions. Il resta près de deux heures dans cet état, ne recevant d'autres secours que ceux que pouvaient lui donner les assistants avec leur simple bon sens.

Il était environ midi lorsque, venant à passer par là, je fus prié de voir ce malheureux. Des paroles ne sauraient peindre l'état affreux dans lequel il était: ses traits offraient un aspect de maigreur incroyable, ils étaient décomposés, d'une pâleur mortelle; les yeux étaient ternes, enfoncés, entourés d'un cercle livide; une sueur froide lui coulait du front et des joues. Dans la cavité buccale, on observe une rougeur anormale, vers la bouche palatine et l'isthme du gosier; la langue est couverte d'une couche jaunâtre; le malade se plaint d'anxiété à la région du cœur; le ventre est douloureux à la pression. Je ne pus examiner les battements du cœur et les mouvements respiratoires tant ils étaient faibles; voix d'une faiblesse extrême; pouls comme enseveli, filiforme; extrémités froides et immobiles; syncopes à chaque instant.

A l'aspect de cet appareil de phénomènes morbides, qui eût pu penser à tirer du sang? Quel avantage un sectateur du chimisme eût-il tiré de l'usage du fameux tritoxyde de fer hydraté, alors que tout concourait à prouver que le poison s'était depuis longtemps introduit dans le torrent de l'assimilation? Je me mis en toute hâte à faire frictionner les membres de ce malheureux avec des linges chauds pendant qu'on m'allait chercher du rhum généreux.

Le malade prit cette liqueur à de courts intervalles, tantôt pure, tantôt mêlée avec de l'eau. Bientôt il se sentit renaître; les frémissements du cœur recommencèrent à se faire entendre, le pouls se releva et sa chaleur s'étendit de proche en proche aux extrémités; et, chose admirable, à mesure que le malade buvait cette liqueur enflammante, les douleurs du ventre diminuaient; elle faisait également disparaître l'ardeur dévorante de l'arrière-bouche, de l'œsophage et du pharynx.

Rassuré dès lors sur l'état du malade, et voyant la bonne direction imprimée à l'organisme par la médecine que j'avais faite, je quittai le malade en recommandant de lui faire prendre petit à petit le reste du rhum, et, comme il était tourmenté par une soif continuelle, je lui prescrivis de l'eau vineuse pour tisane.

Deux heures après je revis mon malade: l'amélioration allait toujours en augmentant, et comme il me sembla même qu'il survenait quelques symptômes de réaction, je fis suspendre les spiritueux.

Sur les huit heures du soir, le malade était comme passé de la mort à la vie; il était gai, tout-à-fait débarrassé des douleurs d'entrailles; ses membres étaient agiles et chauds. Cependant, comme le pouls est encore lent et faible, je lui recommande de recourir pendant la nuit, avec parcimonie toutefois, à de petites doses de la liqueur alcoolique qui nous a si bien réussi.

La nuit se passe dans l'insomnie, mais sans souffrances, si ce n'est quelques coliques passagères et des crampes également passagères aux mollets et aux mains. Sur le matin, il y eut une selle.

Le 14 mai au matin, l'examen le plus attentif ne me fit découvrir rien qui rappelât le souvenir de la violente tempête de la veille; le malade n'accusait que de la faiblesse et une grande faim. Je substituai aux alcooliques des aliments nourrissants qui passèrent si bien, qu'il voulut le lendemain sortir de sa chambre, quoiqu'il sentît encore ses genoux trembler sous lui.

Obs. 2. — *Empoisonnement par le sulfate de cuivre.* — Le 21 avril de cette année, en passant sur les trois heures de l'après-midi auprès de la pharmacie Mantovani, je fus invité à entrer dans la maison d'un nommé Ricleard, artiste mécanicien, pour visiter sa fille Fortunata. Cette enfant, âgée de six mois, vigoureuse et de bonne santé, s'était éveillée le matin, de très bonne heure, en criant suivant son habitude. La mère, pour l'apaiser, alla au milieu des ténèbres lui chercher de l'eau sucrée; mais au lieu de sucre elle mit dans le verre du vitriol de Chypre en poudre qu'elle prit sur la table de travail de son mari. Elle fit prendre ce mélange à l'enfant dans l'espoir d'en obtenir un peu de repos. Mais l'enfant, au lieu de s'apaiser, se mit à crier beaucoup plus fort, et la mère l'appliqua à son sein pour la faire téter.

L'enfant fut alors prise d'efforts de vomissement qui amenèrent un liquide abondant. Il se passa ainsi un assez long espace de temps avant que la mère remarquât un changement notable dans les traits de sa fille. Ce fut alors qu'en cherchant dans son esprit quelle pouvait être la cause de ce changement si subit dans les traits de son enfant, ses yeux vinrent à rencontrer le verre qui renfermait un reste de solution de couleur bleue; elle comprit alors quelle malheureuse méprise elle venait de faire. Elle espéra, toutefois, remédier à ce malheur en administrant à l'enfant une demi-once d'huile d'amandes douces dans une petite émulsion. Mais au bout de quelques heures il survint une diarrhée effrayante, qui obligea d'avoir recours aux soins d'un médecin. En montant l'escalier, je trouve cette malheureuse mère en pleurs, me montrant dans ses bras son enfant qui était passée de la santé la plus florissante à l'état le plus alarmant. Cette petite créature gémissait d'une voix faible et languissante; visage grippé par la souffrance, œil à demi fermé, ventre tendu, quoique mou, très sensible à la pression; écoulement par l'anus d'une humeur sanguinolente tellement irritante que les fesses en sont excoriées; battements du cœur faibles, pouls à peine percepti-

ble; extrémités froides, surtout les inférieures; de temps en temps des mouvements convulsifs.

En comparant les effets avec la cause, je n'eus pas de peine à reconnaître un empoisonnement par le sulfate de cuivre, et qu'il n'y avait d'espoir de salut que dans les stimulants. Je prescrivis donc à l'instant même deux onces d'eau de cannelle, avec la moitié d'un scrupule de teinture d'opium et une demi-once de sirop de morphine à prendre par cuillerées à de très courts intervalles. J'ordonnai en même temps des lavements au sirop diacode à répéter de temps en temps.

Ce traitement fut immédiatement suivi de l'effet désiré: car, en moins d'une heure, la diarrhée avait déjà beaucoup diminué de fréquence et de force, et elle ne tarda pas à cesser presque complètement.

Le lendemain, 22 avril, la dysenterie avait complètement cessé; mais les extrémités inférieures étaient encore froides et la circulation faible. Je me bornai à prescrire l'usage interne de la potion excitante de la veille et à faire prendre de la bouillie pour aliment. Le soir, la diarrhée revint avec les autres symptômes d'asthénie; j'eus encore recours à la potion stimulante. On continua ainsi jusqu'au 23. L'enfant se trouva si bien, que je ne la vis les autres jours que par simple mesure de précaution, et elle se trouva parfaitement rétablie au bout de quelques jours.

Obs. 3. — *Empoisonnement par les cantharides.* — Il s'agit dans ce cas d'un Anglais, capitaine d'un bâtiment marchand, qui était venu à Venise avec une charge de charbon de terre. Cet homme, âgé de trente-quatre ans, d'une constitution forte et bien proportionnée, d'un tempérament vigoureux, souffrait de temps en temps d'un rhumatisme ambulant pour lequel on lui avait conseillé, à Londres, des frictions de teinture de cantharides *loco dolenti.* Il portait toujours sur lui l'ordonnance qui lui prescrivait trois onces de cette préparation.

Le 7 du mois de juin courant, il se trouva tout-à-coup saisi à bord de son bâtiment de ses douleurs habituelles; comme elles le tourmentaient violemment, il envoya faire remplir l'ordonnance précitée. Mais, soit qu'il eût mal compris l'usage qu'il devait en faire, soit qu'il en eût perdu la mémoire, il en avala quelques cuillerées dans un peu d'eau. Il ne tarda pas à s'apercevoir que les douleurs changeaient de place et qu'elles se portaient sur l'estomac. Il continua à boire la liqueur, croyant qu'il arriverait ainsi au résultat désiré, celui de faire déloger les douleurs. Mais les douleurs de l'estomac s'accrurent bientôt à tel point, qu'il fut obligé d'écrire à un ami de la ville pour en obtenir du secours; celui-ci, le trouvant dans un état très fâcheux, lui persuada de quitter son bord et d'aller se faire soigner dans son hôtel.

Là on lui fit des fomentations chaudes sur le ventre et on lui donna du thé chaud à boire. Ces moyens n'ayant pas réussi, et la position du malade s'étant au contraire empirée, je fus appelé sur les deux heures pour lui porter secours.

Lorsque j'arrivai, cet homme avait le visage pâle, les yeux ternes; il accusait des bouffées de chaleur dans la bouche et tout le long du canal œsophagien; l'abdomen était mou et très douloureux à la pression; douleurs atroces vers les reins, les urétères et jusque dans la vessie, avec impossibilité de rendre une seule goutte d'urine, quoique le malade fût tourmenté d'un ténesme horrible, tout cela sans le moindre priapisme. Les quatre membres étaient en proie à des convulsions spasmodiques violentes; en même temps, froid mortel général et sentiment de prostration indéfinissable. L'intelligence était nette, mais plongée dans la torpeur; le pouls était profond et ralenti.

Je commençai par examiner la fiole qui contenait la teinture de cantharides, et je vis que mon malade en avait bu presque la moitié, c'est-à-dire plus d'une once.

Mes souvenirs me rappelant fort bien que de pareils empoisonnements se trouvaient enrayés et guéris par les stimulants, je demandai s'il n'était pas possible d'avoir à l'instant même une liqueur alcoolique quelconque. Le maître de la maison, qui avait pratiqué la mer et y avait fait une large connaissance avec les spiritueux, m'apporta une grande bouteille contenant plus d'une livre d'excellente eau-de-vie. J'en présentai vite à mon malade, qui témoigna d'abord quelque répugnance à en boire, disant que c'était mettre du feu sur du feu. Se trouvant rassuré par mes raisons, il en but quelques onces en peu de temps et sentit bientôt diminuer ses douleurs; l'ischurie cessa comme par enchantement et il rendit en abondance des urines fortement colorées.

Je lui prescrivis en même temps une mixture cordiale, composée de trois onces d'eau distillée de cannelle avec un gros de laudanum liquide et une once de sirop de morphine, à prendre par cuillerées de temps en temps. Je recommandai des frictions avec des alèzes chaudes et l'usage de l'eau vineuse pour tempérer la soif qui était ardente. Je restai longtemps auprès de mon malade et ne le quittai que lorsque je vis les choses prendre une bonne tournure, et en recommandant la continuation des mêmes moyens.

Lorsque je retournai voir mon malade, le lendemain à huit heures du matin, les assistants me rapportèrent que la veille au soir il avait été repris, pendant quelques heures, de faiblesses, de lassitudes, qu'il avait rendu plusieurs fois de l'urine sanguinolente. Il dormait à mon arrivée depuis la pointe du jour. Je le trouvai couvert d'une sueur abondante, d'ailleurs gai, ne souffrant nulle part; le cœur et le pouls étaient rentrés dans leur état normal; la langue était encore un peu rousse et saburrale; les urines étaient aussi un peu sanguinolentes; en somme, le malade ne se plaignait que d'un sentiment de faiblesse. Je lui recommandai de

continuer à boire sa liqueur alcoolique et de garder le lit.

Étant retourné voir mon malade vers deux heures d'après-midi, je ne fus pas peu étonné de ne pas le retrouver chez lui et d'apprendre qu'il était allé faire un tour de promenade.

Le jour suivant, je prescrivis un purgatif salin à cause d'un état de constipation qui durait depuis plusieurs jours, et depuis lors je cessai mes visites.

Peu de temps après, je rencontrai mon malade dans la rue ; il me dit que, depuis que je ne l'avais vu, ses urines s'étaient encore maintenues rosées pendant quelques jours, et que ses membres inférieurs étaient restés faibles. Trois semaines après je l'ai rencontré pour la dernière fois, il était alors dans un état de santé parfaite.

Les réflexions se présenteraient en foule à propos de ces trois cas ; je me bornerai à appeler l'attention sur les suivantes :

1° Dans les trois cas dont on vient de lire les détails, les substances spiritueuses ont affaibli et paralysé les effets des poisons ingérés. Or, comme tous les médecins, sans distinction d'école, attribuent au rhum, à l'eau-de-vie, aux opiacés et au vin une propriété stimulante, ils ne peuvent éviter d'accorder une propriété diamétralement opposée à l'arsenic, au sulfate de cuivre et aux cantharides, et c'est ce que nous appelons une action déprimante, contro-stimulante, hyposthénisante.

2° L'action mécanique des poisons improprement appelés irritants est en raison inverse de l'action dynamique, de telle sorte que, plus la vie est menacée, moins les phénomènes locaux sont sensibles ; ces derniers sont d'ailleurs plutôt incommodes que dangereux, et le retour des forces ne manque pas de les faire disparaître.

3° Le vomissement n'est pas toujours indispensable au bon succès du traitement : dans notre cas d'empoisonnement par les cantharides, la guérison s'est bien effectuée, quoiqu'il n'y ait pas eu de vomissement spontané ni provoqué. Il n'est même pas rare que l'émétique aggrave l'état du malade, comme on l'a vu dans le premier cas, et qu'il ne retarde ou empêche la guérison.

4° Ces faits confirment la loi de la capacité morbide, car ils démontrent que les malades ont pu prendre dans un temps très court une quantité énorme de substances stimulantes sans qu'il se soit manifesté le moindre signe d'ivresse.

Les faits qui viennent d'être exposés apportent un éclatant appui à la cause de la réforme toxicologique d'Italie, de cette réforme qui est le fruit du génie puissant de Rasori, et dont l'importance pratique, d'ailleurs si bien démontrée dans les ouvrages des médecins les plus distingués, a été encore relevée par les travaux du célèbre professeur Giacomini. Éclairés ainsi jusqu'à l'évidence sur le meilleur moyen de porter secours aux empoisonnés, les médecins pourront arracher à une mort presque certaine de nombreuses victimes et accroître les triomphes de la médecine italienne.

Les médecins étrangers eux-mêmes, frappés de tant de résultats heureux, commencent à vouloir secouer le joug des préjugés, et la plus illustre assemblée scientifique du monde civilisé n'a pas dédaigné de nommer des commissaires pour assister aux expériences du docteur napolitain Rognetta, un des plus chauds partisans de la nouvelle réforme.

Grâces soient donc rendues à ces esprits éminents qui ont introduit dans la médecine la philosophie de Bacon et de Galilée, qui ont restauré sur des bases inébranlables la science de l'homme sain et de l'homme malade, qui ont fait découler de principes infaillibles les doctrines pharmacologiques. Personne n'a mérité de l'humanité à autant d'égards qu'eux. Leur nom immortel sera prononcé avec respect et reconnaissance par les générations les plus reculées.

BARZILAI, D. M., à Venise.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

V. Observation de tétanos spontané, suivi de guérison.

Michel Allemand, habitant le hameau des Cliers, âgé d'environ quarante-huit ans, d'une taille moyenne et d'une forte constitution, n'avait essuyé pendant sa vie aucune maladie grave. Le 25 mars 1845 il entre dans sa cave, qui est humide, le corps étant en sueur, et s'y occupe la majeure partie de la journée. Le lendemain il éprouve un peu de resserrement dans les mâchoires et quelques douleurs aux reins. Mais, sans égard pour le malaise qu'il en ressent, il va se livrer à la culture des champs. Les 27, 28 et 29 mars, malgré l'aggravation de ces symptômes, il continue ses travaux agricoles. Le 30 il se plaint de ne pouvoir pas mâcher ses aliments, et sur le soir il s'alite. Le 31 il éprouve de la raideur dans les extrémités inférieures, avec des mouvements convulsifs, et me fait appeler. N'ayant pas pu me rendre immédiatement auprès du malade, voici l'état dans lequel je le trouvai le 1er avril, au moment de ma première visite.

Trismus très prononcé, raideur tétanique des muscles du dos, de l'abdomen et des extrémités inférieures, soubresauts convulsifs, arrachant des cris au malade, revenant à peu près toutes les dix minutes et s'accompagnant d'une douleur déchirante, dont les parties génitales sont le point de départ, et qui s'irradie à la paroi antérieure du ventre et aux cuisses ; pouls fréquent, sans plénitude. (Ventouses scarifiées sur les deux colonnes charnues du rachis ; potion avec 20 centigrammes de tartre stibié, 120 grammes d'eau de tilleul, 25 grammes d'eau de fleurs d'oranger, et 25 grammes de sirop diacode, à prendre par cuillerée toutes les heures ; pour boisson, tisane d'orge et de tilleul ; diète.)

2 avril. — Le malade a passé une nuit très agitée; les secousses spasmodiques et la douleur ne lui ont pas laissé prendre un instant de repos; même raideur des muscles que la veille; il a refusé sa potion. (Ventouses scarifiées à l'hypogastre, près du point de départ de la douleur; frictions sur les extrémités inférieures et l'abdomen avec onguent napolitain 25 grammes, extrait de belladone 7 grammes, et camphre 2 grammes; même potion que la veille.)

3. — Il n'y a pas d'amélioration remarquable. (Potion avec 30 centigrammes de tartre stribié; frictions avec onguent napolitain 50 grammes, extrait de belladone 13 grammes, et camphre 6 grammes.)

4. — Le malade a un peu reposé dans le courant de la nuit; les soubresauts convulsifs ne reviennent plus que toutes les demi-heures; point de diminution dans la raideur des muscles; le tartre stibié est parfaitement toléré. (Potion avec 40 centigrammes de tartre stibié; le reste *ut suprà.*)

5. — Les secousses convulsives ont repris leur fréquence et leur intensité primitives; le bras gauche est envahi par le spasme; respiration anxieuse, déglutition difficile. (Potion avec 12 gouttes d'acide prussique médicinal, à prendre par cuillerées toutes les heures: continuation des frictions.)

6. — Le bras gauche est abandonné par le spasme; anxiété moindre. (Acide prussique 15 gouttes; mêmes frictions.)

7. — L'amélioration a fait des progrès; sommeil de deux heures dans la nuit. (Acide prussique 18 gouttes; frictions.)

8. — Soubresauts convulsifs rares; ballonnement du ventre. (Huile de ricin 40 grammes, et sirop de fleurs de pêcher 25 grammes; acide prussique 20 gouttes; frictions.)

9. — Point de selles; même état que la veille. (Potion purgative avec follicules de séné 8 grammes, sulfate de soude 10 grammes, et sirop de nerprun 25 grammes; acide prussique et frictions *ut suprà.*)

10. — Le malade a eu d'abondantes évacuations alvines; son ventre s'est affaissé; il a dormi la majeure partie de la nuit, les secousses convulsives ne se sont reproduites que trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. (Acide prussique et frictions comme ci-dessus.)

11. — Le malade a essuyé deux attaques de spasme dans le courant de la nuit; les muscles des jambes sont toujours fort raides, à peine peut-il les fléchir un peu; les mâchoires sont moins resserrées et il est possible aujourd'hui de voir la langue; légère tension du ventre. (Huile de ricin 50 grammes, et sirop de fleurs de pêcher 25 grammes; continuation de l'acide prussique et des frictions.)

12. — Trois ou quatre selles liquides; le ventre est complètement affaissé, les muscles de l'abdomen sont cependant toujours un peu raides. (Bouillon.)

14. — Le malade n'a plus éprouvé de soubresauts depuis deux jours, il fléchit beaucoup mieux les extrémités inférieures, quoique les muscles du dos soient encore raides; il commence toutefois à se tourner dans son lit à l'aide d'une corde fixée au plancher; langue nette, pouls sans fréquence. (Soupes légères.)

Depuis lors l'amélioration n'a pas discontinué de faire des progrès, et le malade a pu se lever au bout de huit jours.

Il n'y avait pas longtemps que j'avais lu un exemple remarquable de tétanos traumatique, publié par M. Allut, dont la guérison avait été obtenue par le tartre stibié à haute dose, lorsque le malade qui fait le sujet de cette observation fit réclamer mes soins. L'inefficacité de la plupart des moyens conseillés par les auteurs contre une maladie si grave et si souvent mortelle me fit d'abord penser à ce nouveau remède; mais l'essai que j'en fis n'ayant pas répondu à mon attente, et l'état du malade s'étant considérablement aggravé pendant son administration, je fus contraint d'y renoncer et de chercher un secours plus efficace dans un autre agent thérapeutique. Ce fut alors que je combinai les frictions d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone, que j'avais déjà employées chez ce même malade, avec l'usage interne de l'acide prussique médicinal. On a vu que dès que j'eus apporté cette modification au traitement, le spasme tétanique commença à diminuer, et continua à décroître jusqu'à parfaite guérison.

Cette observation, rapprochée de celles qu'on a publiées sur le même sujet, fait naître une réflexion qui mérite de fixer l'attention des praticiens, savoir: que dans certaines affections, et principalement dans les névropathies, le médicament qui, par son action, fait cesser le trouble de l'innervation et rétablit l'équilibre dans les fonctions chez un malade, ne produit quelquefois chez un autre aucun changement favorable dans l'économie, bien que la forme de la maladie soit cependant la même. Pour frapper juste dans les cas de cette espèce, et ne pas perdre du temps en tâtonnements, il faudrait pouvoir discerner de prime abord les conditions vitales et pathogéniques qui ne sont pas susceptibles de céder à un antispasmodique quelconque et qui réclament l'emploi d'un agent spécial. Mais existe-t-il des signes physiques ou rationnels propres à faire découvrir ces rapports en dehors de l'expérimentation, et la connaissance qui en est acquise par l'observation ne serait-elle pas du même genre que celle de l'idiosyncrasie, sur laquelle on ne peut fonder aucune règle générale, et dont l'application se trouve nécessairement restreinte à l'individu qui en est l'objet?

REYNAUD-LACROZE, D.-M.,
à Saint-Saturnin-les-Apt (Vaucluse).

VI. Des caustiques de Vienne et de Filhos.

Monsieur le rédacteur,

L'exercice de la médecine diffère entièrement chez ceux qui pratiquent dans les villes

et chez ceux qui pratiquent dans les campagnes. Ces derniers, en effet, font de la chirurgie avec de vieux instruments assez ingénieux parfois pour mériter d'être connus. Ils font la ligature d'un polype de la gorge avec le manche d'une cuiller, une compression d'artère avec la pincette du foyer, un cautère actuel avec une vieille tige de fer, etc., etc. ; ils font de la médecine qui étonnerait bien les méthodes jugulantes, rasoriennes et autres, si je pouvais vous exposer tous les cas que j'ai déjà recueillis. Un ouvrage sur la médecine des campagnes serait une excellente chose pour la science, en attendant que chacun fasse connaître, dans un journal comme le vôtre, qui pénètre partout, les moyens simples qu'il emploie dans sa pratique, et c'est ce que je vous demande la permission de faire.

On s'occupe beaucoup aujourd'hui des caustiques, et c'est ce qui m'a poussé à vous parler du caustique sulfurique et du caustique de Vienne.

Il y a quatre ans, un vieux médecin me disait qu'il avait laissé tomber quelques gouttes d'acide sulfurique sur du son, et qu'il s'en était servi plusieurs fois pour cautériser, mais qu'il avait abandonné ce caustique pour les raisons suivantes : parce qu'il était infidèle, par suite de son mélange presque instantané avec l'eau de l'atmosphère, parce qu'il était d'un usage peu facile pour le médecin de campagne, et parce qu'enfin il ne lui avait reconnu aucune qualité capable de le faire préférer à d'autres. Depuis qu'un honorable professeur en a parlé, j'ai voulu l'expérimenter, et j'ai cru reconnaître la justesse des paroles du praticien de campagne.

Je passe donc de suite au caustique de Vienne.

Quand on considère la rapidité d'action de ce caustique, la facilité de le manier et de le limiter, le peu de douleur qu'il développe, sa puissance, on s'étonne qu'on puisse aller chercher d'autres caustiques. M. Filhos, qui a eu l'idée de le solidifier, l'a rendu presque parfait. Je dis presque, et c'est ce que je vais montrer.

Il y a des cas où la poudre de Vienne est préférable au caustique Filhos, et ces cas sont plus nombreux que les cas contraires ; il est plus facile d'étendre une couche de pâte sur une mamelle cancéreuse que des morceaux de pierre; mais la pierre est plus commode pour stimuler une plaie ou pour s'introduire dans un canal. La pierre complèterait donc la poudre, si elle n'avait pas des inconvénients qui la feront rejeter par les praticiens de petite ville et de campagne.

Je ferai remarquer d'abord que le caustique de Vienne contient deux parties de chaux sur une de potasse ; le caustique Filhos, au contraire, contient deux parties de potasse sur une de chaux. Des expériences m'ont montré que, comme je l'avais pensé, les eschares du caustique Filhos étaient moins limitées que celles de la poudre de Vienne. De plus, le caustique solidifié attire, malgré toutes les précautions, si vivement l'humidité de l'air, qu'un cylindre est perdu en très peu de temps.

Or, je crois avoir rendu le caustique de Vienne aussi pratique et aussi parfait que possible.

J'ai un flacon de verre de quatre pouces de hauteur, peu large, contenant dix grammes de poudre de Vienne, hermétiquement fermé par un bouchon de liége. Ce bouchon est traversé de deux tiges de fer, dont la longueur est de quatre pouces aussi, et dont l'extrémité forme, à l'une une petite boule, à l'autre une plaque carrée. Ce tube peut être mis dans une trousse, et le praticien se trouve ainsi armé du véritable caustique pratique. En effet, s'il a besoin de poudre, le tube en contient une forte dose ; s'il a besoin d'un cathérétique ou d'un caustique solide pour porter dans une cavité, il ne chargera plus sa trousse de pierre infernale ou de caustique Filhos. Il fera chauffer à la flamme d'une chandelle l'extrémité de ses tiges de fer, et aussitôt qu'il les trouvera assez chaudes, ce qui ne demande que quelques minutes, il les plongera dans la poudre de son flacon. Une quantité de potasse fond aussitôt, se mêle à une quantité de poudre de chaux et vient se durcir sur la boule en fer.

Remarquez que la tige de fer, pouvant prendre toutes les courbures imaginables, peut s'introduire dans la gorge, dans l'urèthre, etc., et que son extrémité peut varier de forme suivant les lieux. Ayez un trajet fistuleux à cautériser, par exemple : vous prendrez alors une tige simple de fil de fer, que vous chaufferez dans une étendue en rapport avec l'étendue de la fistule, et, la plongeant dans la poudre, vous aurez ainsi un caustique solide, facile à faire pénétrer dans le trajet, ce qui pourra peut-être conduire des chirurgiens à tenter la guérison des fistules à l'anus par ce moyen joint à la compression.

J'en ai dit assez pour mettre les chirurgiens sur la voie de tous les cas où ils trouveront facilité et puissance dans l'emploi d'un caustique qui remplacera certainement le nitrate d'argent, trop cher pour les médecins de campagne ; la potasse et les poudres mercurielles, arsenicales, dont il n'a pas les inconvénients.

Agréez, monsieur, l'assurance de mes sentiments distingués,

E. KEMMERER,
D. M. P.

St-Martin, île de Ré, le 15 septembre 1845.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

BUFFON. Histoire de ses travaux et de ses idées, par P. FLOURENS, membre de l'Académie française et secrétaire perpétuel de l'Académie royale des sciences, membre des Sociétés royales de Londres et d'Édimbourg, des Académies des sciences de Stockholm, Turin,

Munich, etc., etc.; professeur de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle de Paris (1).

« Cinq ou six hommes, dit un écrivain célèbre, ont pensé et créé des idées, et le reste du monde a travaillé sur ces idées. » Buffon est un de ces hommes; Cuvier en est un autre. L'histoire des travaux du premier est la préface obligée de celle des travaux du second, ou plutôt ces deux histoires sont le complément l'une de l'autre; car ce que Buffon a commencé, Cuvier l'a achevé; et, pour nous servir des propres expressions de l'auteur de ce livre, « leurs travaux lient deux siècles; ....l'un a le génie des vues, l'autre se donne la force des faits; les prévisions de l'un deviennent les découvertes de l'autre. »

En 1841, M. Flourens a publié *l'Analyse raisonnée des travaux de G. Cuvier*. L'année dernière, il a donné celle des travaux de Buffon. Il a eu sans doute ses raisons pour suivre cet ordre inverse de celui du temps. On avait toujours admiré dans Buffon le grand écrivain, le génie du style, comme dit Grimm; mais on ne l'avait peut-être pas suffisamment apprécié comme naturaliste; et d'ailleurs il avait plutôt deviné que démontré. Buffon était trop avancé pour son époque, et la nôtre était trop occupée de Cuvier pour se rappeler que le premier a été le précurseur du second. Cuvier, en fondant sa propre gloire, a beaucoup fait aussi pour celle de Buffon.

Mais ces rapports intimes, cette corrélation d'idées entre les deux plus grands naturalistes des temps modernes, personne ne les avait encore soupçonnés. Il fallait, comme M. Flourens, avoir vu, avoir suivi ces grands travaux, il fallait comme lui être le continuateur pour en écrire l'histoire.

D'après l'ordre de ces deux publications, nous devrions donc aussi commencer par Cuvier; nous préférons cependant parler d'abord de Buffon; il nous sera ainsi plus aisé de suivre l'ordre des progrès de la science telle que celui-ci l'a fondée, telle que l'autre l'a ensuite continuée.

M. Flourens avait à étudier Buffon sous un plus grand nombre de points de vue que nous n'en pourrons embrasser ici; Buffon offre de l'intérêt particulièrement comme naturaliste et comme fondateur de l'anatomie et de la physiologie comparées; Buffon a en outre donné une théorie de la terre, un système sur la formation des planètes, et les Epoques de la nature, le plus admirable de ses ouvrages, celui où il a devancé Cuvier, où il lui a tracé la voie. Mais il est encore un point sur lequel tous les esprits sérieux ne peuvent manquer de se donner rendez-vous: c'est la question de la méthode, question que personne ne saurait négliger sous peine de se perdre en inutiles labeurs.

Buffon a attaqué hardiment la question de la méthode; elle était déjà à l'ordre du jour dès son temps. Linné et de Jussieu en histoire naturelle, Sauvages en médecine, étaient en fait de méthode les modèles de leur époque; ils sont encore restés tels pour la nôtre. Buffon, au contraire, ne paraît pas avoir compris ce que doit être ni même ce qu'est une méthode. Il va quelquefois jusqu'à la confondre avec la description complète de chaque chose en particulier, et dans la zoologie, en effet, il a merveilleusement compris l'histoire proprement dite, tandis qu'il s'est fourvoyé dans la distribution méthodique des espèces. Ainsi il veut que dans un traité d'histoire naturelle on range les objets dans l'ordre et dans la position où ils se trouvent ordinairement, le chien, par exemple, à côté du cheval, et il fait un crime à Linné d'avoir placé ce dernier à côté du zèbre, uniquement parce que celui-ci nous est peu connu. Ailleurs, Buffon émet cette idée bien souvent reproduite depuis: « qu'il n'existe réellement dans la nature que des individus, et que les genres, les ordres et les classes, n'existent que dans notre imagination. »

Cependant les préventions de Buffon contre la méthode ne durèrent pas toute sa vie. Lorsqu'il arrive à l'*Histoire des oiseaux*, sa marche, dit Cuvier, devient réellement méthodique, et Buffon nous avertit lui-même « qu'au lieu de traiter les oiseaux un à un, c'est-à-dire par espèces distinctes et séparées, il les réunira plusieurs ensemble sous un même genre..... »

Ces contradictions de Buffon avec lui-même à différentes époques de sa vie se rencontreront ailleurs que dans ce qui concerne la méthode, et M. Flourens y trouve plutôt un titre de gloire qu'un sujet de blâme. « Nul homme, dit-il, n'a plus constamment modifié ses pensées, parce que nul homme ne les a plus constamment travaillées. »

Et, à ce propos, M. Flourens ajoute ici des réflexions d'une haute portée sur la méthode telle qu'on la concevait avant Buffon et telle qu'on la pratique trop souvent encore aujourd'hui. La méthode, dit-il, est l'expression des rapports des choses. Or, pendant longtemps on ne l'a fait servir qu'à établir les rapports des noms; tel est l'esprit qui domine dans la méthode de Linné, et voilà ce qui avait, sans doute, si fort prévenu Buffon contre la méthode en général. Il fallait, pour arriver au véritable objet de la méthode, des travaux de fine observation en anatomie comparée dont Buffon n'était pas lui-même capable; car, dit M. Flourens, « il avait la patience du génie et non pas celle des sens. »

Le véritable titre de Buffon est d'avoir fondé la partie *historique* et *descriptive* de la science; le premier il a transformé les descriptions en peintures.

Mais, outre son titre scientifique, Buffon en possède un autre, bien rare, qui assurera l'immortalité à son nom, qui fera que ses ouvrages ne passeront jamais alors que les systèmes et les méthodes auront passé: c'est le génie avec lequel il a écrit, c'est son style.

(1) Un volume in-16 de près de 400 pages; à Paris, chez Paulin, libraire-éditeur, rue Richelieu, 60.

Nous ne pouvons nous empêcher de transcrire ici ce que lui-même a dit du style, ce que tout le monde sait, ce que ne sauraient trop se rappeler les médecins en si grand nombre qui cherchent à fixer l'attention de leurs contemporains par leurs écrits : « Les ouvrages bien écrits, dit-il, seront les seuls qui passeront à la postérité. La multitude des connaissances, la singularité des faits, la nouveauté même des découvertes ne sont pas de sûrs garants de l'immortalité : si les ouvrages qui les contiennent ne roulent que sur de petits objets, s'ils sont écrits sans goût, sans noblesse et sans génie, ils périront, parce que les connaissances, les faits et les découvertes s'enlèvent aisément, se transportent et gagnent même à être mis en œuvre par des mains plus habiles. Ces choses sont hors de l'homme, le style est l'homme même.... (1). »

Le style, ajoute M. Flourens, a été pour beaucoup aussi dans le grand succès de Linné, quoiqu'il parlât une langue morte. On sait que Broussais aimait à réciter des tirades entières de Sydenham, auquel sa mémoire avait accordé l'hospitalité à côté de Virgile et d'Horace. C'est en grande partie à son style que Bordeu doit d'être resté classique parmi nous, qu'il a dû, entre autres, les honneurs d'une édition contemporaine, sous les auspices de Richerand, compilateur habile, dont le style facile a fait toute la fortune. Qui a rendu si populaire l'auteur de l'arbre des dermatoses? ne sont-ce pas ses descriptions qui, elles aussi, sont des peintures, et cet enthousiasme, factice parfois, mais qui rappelle de loin Buffon et plus souvent encore Linné . . *longo proximus intervallo*....? Citons, au contraire, un homme bien supérieur à ceux que nous venons de nommer, Stahl; qui ose affronter son jargon demi-latin, demi-tudesque? Ceux qui veulent connaître à fond sa doctrine en sont réduits à consulter Juncker et les thèses d'Albertini, ses élèves. Stahl ne sera peut-être jamais compris, parce qu'il ne sera jamais lu.

Les débuts de Buffon ne ressemblent point à ceux des autres hommes de génie, dont l'enfance a si souvent révélé une merveilleuse aptitude à certains travaux. Pascal avait été géomètre à dix ans; au même âge, J.-L. Petit était anatomiste. Buffon, au contraire, lorsqu'il commença son grand ouvrage, n'était ni zoologiste ni anatomiste. Il n'eut jamais de grandes difficultés à vaincre, et cependant il ne parut qu'assez tard sur la scène; mais une fois qu'il y eut paru, il l'occupa seul tout entière, et sa vieillesse n'eut point d'enfance comme celle du grand Corneille : son dernier ouvrage est le plus beau, le mieux pensé et le plus vigoureusement écrit, tant le génie a été chez lui le fruit d'une longue étude. Nul homme, en effet, n'a plus médité que Buffon. Pendant cinquante années de sa vie, il a constamment travaillé douze à quatorze heures par jour, et, dans les journées où il souffrait le plus, il consacrait encore huit heures au moins à ses grands travaux. Tout cela ne donne pas le génie; mais c'est ce qui le fait éclore, surtout si le génie, comme chez Buffon, procède de l'esprit plutôt que du cœur.

Ainsi, dans Buffon, point de ces grandes luttes avec les obstacles que nous aimons tant à admirer chez l'homme de génie. Tout concourut merveilleusement à faire de lui ce qu'il a été; mais aussi il y répondit non moins merveilleusement. Son entrée à l'Académie des sciences, sa nomination à l'intendance du Jardin du roi, à une époque où il n'avait presque encore rien fait, eussent pu être considérées comme une faveur. Ce fut là la date de ses travaux.

L'occasion donc tourna d'abord les idées de Buffon vers la zoologie. Le premier, après Aristote, il joignit la description anatomique, c'est-à-dire intérieure, à la description extérieure des espèces. Cependant il ne fut jamais anatomiste, à proprement parler. C'est qu'ici, comme dans le reste, les circonstances le servirent admirablement. Il eut le bonheur de rencontrer Daubenton, qui fut anatomiste pour lui et qu'il sut inspirer. Daubenton disséquait et Buffon pensait; tous deux fondèrent ainsi l'anatomie comparée.

Buffon est le premier qui ait développé avec précision la grande idée d'un plan général, d'un seul plan dans l'organisation des animaux, idée solide et vraie pour les animaux vertébrés, mais qui ne saurait plus s'appliquer aux animaux sans vertèbres. Il était réservé à Cuvier de montrer qu'il n'y a pas un seul dessein, un seul plan, mais qu'il y en a quatre : le plan des vertébrés, le plan des mollusques, le plan des insectes et le plan des zoophytes. A Buffon a appartenu la gloire de donner la loi générale d'une partie du règne animal, la seule qu'il eût étudiée; à Cuvier, celle d'avoir suivi la voie tracée par son prédécesseur et d'avoir donné les lois distinctes du règne animal entier.

Comme Aristote, comme Leibnitz, Buffon a adopté l'idée d'une échelle continue des êtres. « S'il n'y avait qu'un seul plan, dit M. Flourens, il pourrait y avoir une échelle continue pour le règne animal entier. Mais il y a quatre plans : l'échelle, au lieu d'être continue, sera donc interrompue chaque fois qu'on passera d'un plan à un autre. L'erreur, ajoute-t-il, n'est pas à Buffon, qui a posé de grandes lois, et dans les limites où il les a étudiées (les vertébrés), aussi vraies que grandes. Elle est à ceux qui, venant aujourd'hui, veulent appliquer au règne animal entier les lois que Buffon n'avait données que pour une partie de ce règne. » Ce que dit ici M. Flourens est la condamnation de l'expression si souvent employée d'*échelle animale*.

Tout, dans les vues et les idées de Buffon semble d'inspiration, non de cette inspiration qui vient par les sens, car, nous l'avons déjà dit, il observait peu par lui-même, mais de cette inspiration qui vient de la méditation et qui devine à l'avance ce que d'au-

(1) Discours de réception à l'Académie française.

tres auront plus tard la mission de démontrer. On connaît les magnifiques expériences de M. Flourens touchant le développement des os (1), la belle théorie qu'il a donnée sur la mutation continuelle de la matière. Eh bien! cette théorie avait déjà été pressentie par Buffon : « Ce qu'il y a de plus constant, de plus inaltérable dans la nature, dit Buffon lui-même, c'est l'empreinte ou le moule de chaque espèce ; ce qu'il y a de plus invariable et de plus corruptible, c'est la substance. » Comme l'a dit ailleurs M. Flourens : « Toutes les parties de l'os paraissent et disparaissent ; toutes sont successivement formées et résorbées : la matière ne possède donc pas en propre les forces de la vie ; elle n'en est que dépositaire ; en un mot, la matière passe et les forces restent ; et la suprématie des forces sur la matière, cette grande et permanente vue des bons esprits, est désormais un fait prouvé par l'expérience. »

Il y a deux genres de travaux dans Buffon qu'il ne faut pas plus confondre qu'il ne les confondait lui-même : les idées positives et les systèmes. A côté d'une théorie positive, dit M. Flourens, Buffon met presque toujours un système : à côté de sa théorie de la terre, il met ses hypothèses sur la formation des planètes ; à côté de ses idées expérimentales sur l'économie animale, il met son système sur la génération. Lui-même ne se fait pas d'illusion à cet égard ; il déclare nettement qu'*il cherche une hypothèse*. C'est que Buffon relie deux époques, deux philosophies opposées, la philosophie de Descartes où domine le goût pour les hypothèses, celle de Newton, qui est tout expérimentale et dont le dix-neuvième siècle abuse tant aujourd'hui.

Laissons là les quatre hypothèses qui constituent le système de Newton sur la génération ; oublions surtout qu'il a eu la faiblesse de renouveler des Grecs l'hypothèse insoutenable des générations spontanées. Il semble dans ce chapitre avoir pris à tâche de réhabiliter toutes les méprises des anciens qui dormaient bien tranquillement depuis deux mille ans dans les manuscrits d'Aristote, et y dormiraient peut-être encore s'il ne les y avait réveillées. Buffon a beaucoup contribué, pour sa part, à poser les fondements de ce panthéisme que les meilleurs esprits de l'Allemagne n'ont pas encore su secouer à l'heure qu'il est. Il faut bien se rappeler aussi que Buffon appartient au XVIIIe siècle, qu'il fut le contemporain de Voltaire, et qu'il a sacrifié au système philosophique du jour.

Un des plus beaux chapitres de Buffon est celui qui traite de la dégénération des animaux, particulièrement celle des animaux domestiques. Quelle différence, par exemple, entre le mouflon et la brebis! « Le mouflon, dit M. Flourens, grand, léger, armé de cornes défensives, couvert d'un poil rude, ne craint ni l'inclémence de l'air, ni la voracité du loup... De toutes les qualités du mouflon, il ne reste rien à nos brebis, rien à notre bélier, qu'un peu de vivacité, mais si douce qu'elle cède encore à la houlette d'une bergère. » C'est le chien surtout qui a subi les altérations les plus profondes ; le chien sauvage ou des peuples grossiers est presque muet. « Il semble, dit Buffon, que le chien soit devenu criard avec l'homme, qui, de tous les animaux qui ont une langue, est celui qui en use et en abuse le plus. »

Les idées de Buffon sur la mutabilité des espèces ne sont pas à beaucoup près aussi justes, et elles n'ont pas résisté à l'épreuve de l'observation.

Ne voyant pas que la dégénération des animaux a des limites, qu'elle ne porte que sur les caractères les plus superficiels, sur la couleur, sur l'épaisseur, sur la longueur des poils, sur la grandeur, sur le volume du corps, etc., jamais au contraire sur le squelette, Buffon a cru à la mutabilité des espèces qu'il a confondue avec la formation artificielle des races. Cependant Buffon n'est pas bien fixé sur ce point, et ici, comme lorsqu'il bâtit un système hypothétique, ses idées subissent elles-mêmes des mutations profondes sous l'influence d'une méditation continuelle des faits. Dans un passage il dit : « Il n'est pas impossible que toutes les espèces soient issues ; » et ailleurs il appelle les espèces : « les seuls êtres de la nature, êtres perpétuels, aussi anciens, aussi permanents qu'elle. » Dans son chapitre, enfin, sur la fixité des espèces, il conclut que la nature « imprime sur chaque espèce ses caractères inaltérables ; » que « chaque espèce a un droit égal à la création ; que les espèces, même les plus voisines, « sont séparées par un intervalle que la nature ne peut franchir ; et que « chaque espèce des uns et des autres ayant été créée, les premiers individus ont servi de modèles à tous leurs descendants. »

C'est Buffon qui a posé les lois de la fécondité : la première loi est celle de la fécondité inverse de la grandeur, la seconde est la prédominance des mâles sur les femelles, la troisième est la fécondité accrue chez les animaux par la domesticité, chez l'homme par la civilisation. « Quelle différence, dit-il, entre la chétive propagation des sauvages et l'immense population des nations civilisées et bien gouvernées ! »

Buffon excelle dans l'interprétation philosophique des faits, mais des faits bien observés. En psychologie, au contraire, il n'est plus qu'un philosophe de second ordre. Au fond il est cartésien ; mais souvent il quitte Descartes pour Locke et Condillac, et il accorde encore plus aux sens que ce dernier ; il va jusqu'à prétendre que l'on devrait laisser à l'enfant le libre usage de ses mains depuis le moment de sa naissance : il acquerrait plutôt, dit-il, les premières notions de la forme des choses, et qui sait jusqu'à quel point les premières idées influent sur les autres. Il est vrai que plus loin Buffon se corrige lui-même sur

(1) Voyez les comptes-rendus de l'Académie des sciences depuis quelques années, entre autres celui du 25 août dernier.

ce point comme sur d'autres ; mais, comme le lui reproche M. Flourens, il parle toujours des idées qui viennent des sens, jamais de celles qui viennent de l'âme.

Une idée de génie, dit M. Flourens, une véritable découverte, selon Cuvier, que l'on doit à Buffon, c'est sa loi de distribution des animaux sur le globe. Avant lui, tout était confondu sur ce point. Le premier il a soupçonné que chaque animal a son pays, sa patrie naturelle, le premier il a prouvé qu'il y a trois populations animales bien prononcées : celle du midi de l'Ancien-Monde, celle du midi du Nouveau et celle de la Nouvelle-Hollande. Ainsi il a lié l'histoire naturelle à la géographie.

Buffon a donné une histoire naturelle de l'homme dont la partie la plus neuve, d'après M. Flourens, est le chapitre sur les variétés dans l'espèce humaine. Avant lui personne n'avait attaqué cette grande question ; Camper, Blumenbach et Cuvier sont venus depuis, et cependant dit M. Flourens, pour la vue complète, la vue d'ensemble, la vue profonde, le travail de Buffon reste sans égal. Deux grandes idées y dominent et ces vues sont vraies : la grande cause qui modifie les hommes est la chaleur, c'est elle qui les *teint de la couleur du climat* ; et cependant, au milieu de cette multitude infinie de races et de sous-races humaines, il n'y a qu'une seule espèce humaine, il n'y a qu'un homme.

Le reste de l'examen de M. Flourens s'applique à des matières trop étrangères aux sciences naturelles pour que nous l'y suivions ; ainsi nous ne dirons rien de la *Théorie de la terre*, qui a commencé la grande vie scientifique de Buffon, ni des *Epoques de la nature*, qui la terminèrent trente ans plus tard. Disons seulement encore quelques mots sur le chapitre XIII où M. Flourens juge la philosophie générale de Buffon. Il y rappelle ce qu'il a déja répété et prouvé bien des fois, qu'il y a deux esprits dans Buffon : l'esprit d'expérience et l'esprit de système ; et, tout en regrettant que Buffon ait mêlé si fréquemment les théories aux systèmes, le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ajoute cette phrase remarquable que nous recommandons à certains esprits de notre époque qui ont substitué l'exercice des sens à celui du jugement : « Assurément, dit M. Flourens, Buffon est grand même par ses systèmes ; car, à tout prendre, j'aime mieux une conjecture qui élève mon esprit qu'un fait exact qui le laisse à terre, et j'appellerai toujours grande la pensée qui me fait penser. » Mais si Buffon est grand jusque dans ses systèmes, il l'est encore plus dans les vérités qu'il a découvertes.

Dans le chapitre XIV, M. Flourens passe en revue les diverses éditions de Buffon. La meilleure de toutes est la première, l'édition in-4° de l'imprimerie royale ; celles de Sonnini et de Castel sont absurdes ; celle d'Allamand vaut mieux. A mesure que ce dernier publiait les volumes de Buffon, il y ajoutait plusieurs articles, et ces articles étaient si bons que Buffon les reprenait à mesure pour les placer dans ses *suppléments*. La meilleure de toutes les éditions récentes de Buffon est celle de Lamouroux ; cependant une bonne édition de Buffon nous manque encore.

Le XVe et dernier chapitre est une petite bibliographie de Buffon.

Georges-Louis Leclerc, comte de Buffon, était né à Montbar (en Bourgogne) le 7 septembre 1707 ; il mourut à Paris, au Jardin du Roi, le 16 avril 1788. Il vécut ainsi 81 ans, dont plus de la moitié fut consacrée à ses grands travaux. Il se maria à 55 ans par inclination et eut un fils qui fut colonel de cavalerie et qui, à peine âgé de 29 ans, mourut sur l'échafaud révolutionnaire.

Buffon, nous dit M. Flourens, se faisait beaucoup aider. Toutes les descriptions anatomiques des quadrupèdes sont de Daubenton. Pour les oiseaux, Guéneau de Montbéliard et Bexon lui prêtèrent souvent leur attention et même leur plume, noble concours, ajoute-t-il, qui n'ôte rien à la grandeur de Buffon, car il avait plus le génie de la pensée que celui de l'observation et il avait besoin que l'on vît, que l'on cherchât, que l'on décrivît pour lui.

Buffon s'admirait, dit-on, mais de bonne foi. On lui demandait un jour, rapporte M. Flourens, combien il comptait de grands hommes. il répondit : « Cinq, Newton, Bacon, Leibnitz, Montesquieu et moi. » Il eût sans doute mieux valu qu'il ne se fût pas mis sur la liste, qui n'est après tout qu'une liste de représentation. Il affecta de ne jamais répondre à ceux qui l'attaquaient. Était-ce modération, comme le dit M. Flourens ; n'y avait-il pas plutôt un peu de vanité humaine ? A soixante-dix ans, Buffon disait encore : « J'apprends tous les jours à écrire ; » et son dernier ouvrage, *les Époques de la nature*, est le plus éloquent, le plus parfait.

M. Flourens a terminé son livre par le peu de *Lettres* de Buffon qu'on a conservées. Malheureusement, dit-il, on ne retrouve plus Buffon dans ses lettres familières ; son grand style avait besoin de grandes pensées et n'allait pas aux choses communes. Ces lettres sont cependant curieuses en ce qu'elles montrent, sinon l'écrivain, du moins l'homme avec ses deux passions les plus vives : l'amour du travail et le besoin de la gloire.

Tel est le magnifique travail que M. Flourens nous a donné sur Buffon, travail que nous voudrions voir en tête des œuvres de ce grand homme pour leur servir de préface. Condorcet et Vicq-d'Azyr avaient écrit chacun un éloge historique de Buffon ; Cuvier lui avait consacré un article dans la *Biographie universelle* ; mais tout cela laissait à désirer ; ce n'étaient pas les *éloges* qui manquaient à Buffon, c'était une appréciation, un jugement, une critique raisonnée. Et qui était plus en état d'entreprendre une œuvre si belle, si grande, mais si difficile, que le savant académicien qui s'est fait le continuateur de ses travaux et de ceux de Cuvier, sur les mêmes théâtres, à l'Institut et au Jardin du roi, que l'auteur des *Fonctions du système nerveux* et des

Recherches sur le développement des os? Son livre a donc une immense portée comme œuvre scientifique; car M. Flourens y résume l'état de la science à l'époque de Buffon et à la nôtre; il se recommande aussi particulièrement comme œuvre de critique philosophique; comme œuvre littéraire, enfin, le travail de M. Flourens fait honneur au siége qu'il occupe à l'Académie française; constamment son style est à la hauteur de celui de son modèle.

Voici comment il termine les admirables pages qu'il a consacrées à Buffon :

« Ainsi, l'éloquence même, l'éloquence de la parole n'est pas le style. Nous ne trouvons éloquent aujourd'hui que ce qui l'est par le style. La grande influence s'est déplacée. L'art d'écrire est, de nos jours, ce que fut l'éloquence parlée dans les temps antiques; toutes les forces nouvelles de l'esprit humain se résument dans ce grand art; et, comme il appartenait à Buffon de le proclamer, la puissance des temps modernes est le style. »

M. Flourens sort de l'Ecole de Montpellier; Cuvier aussi était médecin. Ce n'est pas une gloire médiocre pour le corps médical de voir sortir de son sein tant d'hommes célèbres dans les sciences et dans les lettres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

I. *Compendium de médecine pratique*, ou *exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne*; par M. Ed. MONNERET, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux; et M. Louis FLEURY, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Livraisons 22, 23, 24, 25 et 26, fin du tome VI et commencement du tome VII, très grand in-8°; chez Béchet jeune.—Nous appelons l'attention des praticiens sur cet ouvrage, qui est le dictionnaire le plus complet de médecine que nous possédions. Il avance rapidement vers sa terminaison, les auteurs étant arrivés à la fin de la lettre P.

II. *Mémoire sur quelques points d'anatomie pathologique de la trompe d'Eustache, et de la surdité qui peut en résulter*; par M. BONNAFONT, chirurgien-major, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. Mémoire de 22 pages grand in-8°.—La conclusion la plus importante qui ressort des recherches de l'auteur est que, dans les cas de rétrécissement de ce conduit, la méthode par dilatation réussit constamment même dans les cas les plus rebelles, et que jamais il n'est besoin de recourir à la cautérisation, comme l'ont conseillé quelques personnes. S'il est des cas qui exigent l'emploi de cette dernière, elle ne doit néanmoins être employée qu'avec la plus grande réserve.

III. *Des angusties ou rétrécissements de l'urèthre et de leur traitement rationnel*, avec 107 figures intercalées dans le texte et 5 planches lithographiées; par le docteur LEROY D'ÉTIOLLES. 1 vol. in-8° de 500 pages; chez J.-B. Baillière.—Ce livre a été envoyé au concours pour le prix de 10,000 fr. que doit décerner l'Académie au meilleur travail sur les rétrécissements de l'urèthre. Tout le monde sait que M. Leroy d'Etiolles a su débrouiller les questions les plus ardues de l'urologie. Le livre qu'il publie aujourd'hui sur les rétrécissements est le plus avancé que nous connaissions sur cette partie de la science, qui était encore fort incomplète il y a une quinzaine d'années.

IV. *Guide du médecin-praticien*, ou *Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées*; par F.-L.-J. VALLEIX, médecin des hôpitaux de Paris. Tome VIe; 600 pages in-8°; chez J.-B. Baillière.—Ce volume contient d'abord un appendice aux maladies des voies digestives, dans lequel il est traité des hémorrhoïdes et des vers intestinaux. Il est, du reste, presque entièrement consacré aux maladies des annexes des voies digestives.

Plusieurs des souscripteurs à cet ouvrage ont manifesté le désir de connaître la manière dont l'auteur compte disposer la suite de son ouvrage. Pour ce qui précède, on peut se reporter à nos notices bibliographiques et aux analyses que nous avons données des cinq volumes précédents. M. Valleix doit traiter dans le prochain des maladies des organes génito-urinaires, parmi lesquelles les maladies de la matrice tiendront une très grande place. Les maladies des organes locomoteurs et du tissu cellulaire seront ensuite traitées. Parmi elles se trouveront le rhumatisme, l'anasarque simple, etc. Puis il passera aux affections du système nerveux, comprenant d'abord les maladies des nerfs qui se réduisent presque à la névrite et aux névralgies; ensuite les affections de l'encéphale et de la moelle épinière. Les maladies des organes des sens de la vue et de l'ouïe l'occuperont peu, parce qu'elles rentrent en grande partie dans le domaine de la chirurgie. Il n'en sera pas de même des maladies de la peau, où l'auteur trouvera les syphilides, qui lui fourniront l'occasion de dire un mot de la syphilis en général. L'étude des exanthèmes fébriles sera une transition naturelle pour arriver à la description des fièvres; et enfin M. Valleix terminera par l'histoire des empoisonnements envisagés sous le point de vue de la pathologie: histoire dont feront partie les maladies saturnines, sur lesquelles les recherches récentes nous ont fourni des renseignements si précieux.

V. *De la structure des dents, de l'action pernicieuse exercée par le mercure sur ces organes, et des dangers de l'emploi des pâtes mercurielles pour le plombage des caries dentaires*; par M. A.-F. TALMA, D. M., chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre de Léopold, ancien chirurgien aux armées françaises, dentiste du roi et de la reine des Belges, etc. Mémoire d'une trentaine de pages in-8°, à Bruxelles.—Ce que l'auteur reproche

aux amalgames mercuriaux, c'est de ne pas empêcher la carie de continuer ses progrès ; et en outre de causer par eux-mêmes des accidents. Ainsi, il a constaté que la substance des dents s'imbibe du mercure volatilisé ou dégagé par la chaleur de la bouche, et que des accidents graves ne tardent pas, en beaucoup de cas, à se manifester. Presque toujours aussi les dents prennent alors une couleur anormale, terne, brunâtre ou noirâtre, et la maladie n'étant pas suspendue dans sa marche ne tarde pas ordinairement à faire des progrès de plus en plus rapides. Les métaux les moins oxydables, les plus réfractaires aux liquides alimentaires ou buccaux, sont ceux qui doivent être préférés pour le plombage des dents comme les plus sûrs dans leur action, les plus durables dans leur influence préservatrice des progrès de la carie et de l'invasion de nouveaux accidents. L'or, l'étain en feuilles très minces sont, à ce titre, les seuls métaux que l'on puisse employer avec une entière sécurité.

VI. *Souvenirs médico-philosophiques d'un médecin de province, suivis d'observations* ; par A.-F. Mordret, D. M., doyen des médecins de l'hôpital du Mans, professeur du cours départemental d'accouchements, directeur-général des vaccinations de la Sarthe, membre de la commission de salubrité. 1 vol. de 350 pages in-8° ; chez J.-B. Baillière. — Chirurgien militaire à 22 ans, l'auteur est parti pour la grande armée en 1804, et a fait les principales campagnes de l'empire, soit dans le Nord, soit dans la Péninsule, jusqu'en 1815, où il est entré dans la médecine civile. Peu de temps après, il a été nommé médecin de l'hôpital du Mans, du bureau de charité et de la Société maternelle, fonctions gratuites qu'il continue et qu'il espère conserver tant que ses forces le lui permettront. M. Mordret a donc toujours été un praticien dans toute la force de l'expression ; il a moins lu qu'il n'a observé ; car en province, dit-il, les ressources manquent pour la littérature médicale, et d'ailleurs la clientèle, celle des indigents surtout, laisse toujours trop peu de loisirs à consacrer à l'étude. Son but, dans ce travail, est donc bien moins de critiquer que d'exposer le plus sommairement possible ses souvenirs dont presque tous les matériaux dormaient depuis plus de vingt ans dans ses cartons. Son livre contient treize chapitres, dans lesquels, après avoir dit quelques mots sur la position sociale du médecin civil, soit dans ses rapports avec les malades, soit dans ses relations avec ses confrères ; il a rappelé sommairement le développement de la vie dans la matière et sa persistance en raison de la complexité de l'organisation ; il a exposé ce qu'il pense sur la prétendue identité du fluide électrique avec le fluide nerveux ; quelques considérations sur l'état normal, sur l'état pathologique qui ne peut, selon lui, se comprendre sans trois conditions. Insensiblement conduit à la fièvre typhoïde, M. Mordret a dû dire ce qu'il pense de sa contagion, et comment, développée quelquefois sporadiquement, elle peut, ainsi que beaucoup d'autres affections développées de même, revêtir le caractère contagieux. Il a dit aussi un mot sur l'état épidémique considéré généralement. Plus loin il jette un coup d'œil rapide sur la civilisation actuelle, son influence sur la santé, la constitution, la longévité et les générations futures. A la fin de son livre se trouvent quelques observations tirées de sa pratique, lesquelles offrent toutes beaucoup d'intérêt. Les unes sont relatives à des difficultés de diagnostic dans la pathologie interne. Dans celles de pathologie externe, on voit un cas de tétanos traumatique guéri sous l'influence d'une application de sangsues sur le rachis et de bains de vapeur. Les dernières observations, enfin, regardent l'obstétrique, et ce ne sont pas les moins intéressantes.

VII. *Précis de chirurgie élémentaire* ; leçons professées à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce en 1843 et 1844, par L.-M.-R. Moreau-Boutard, D.-M., chirurgien aide-major, lauréat (premier prix) du Val-de-Grâce. — *Seconde partie. — Petite chirurgie* ; 1 petit vol. in-18 d'une centaine de pages environ ; chez Fortin, Masson et Ce. — Nous avons parlé dans notre numéro de juillet (voir au bulletin bibliographique) de la première partie de cet ouvrage. L'auteur divise la petite chirurgie en deux catégories : 1° opérations non sanglantes, 2° opérations sanglantes. La première catégorie des petites opérations comprend : les frictions, flagellation et urtication, rubéfaction et sinapismes, ventouses et succion, lotions, embrocations et onctions, fomentations, affusion, aspersion, arrosion, irrigation, douches, manu-pédiluves, bains, fumigations, injections, cataplasmes et emplastiques, opérations non sanglantes. La seconde catégorie comprend les vésication, pustulation, moxas, cautères et cautérisations, inoculation et vaccine ; application de sangsues, mouchetures, scarifications, fonticules à pois et à séton, incisions pour exutoires, excision des végétations, cathétérisme et dilatation des plaies, suppuration et dessiccation des plaies, hémostasie et antisyncopaux. Telles sont les matières traitées dans ce petit volume. L'auteur en exclut à dessein certaines opérations déjà plus difficiles et compliquées, telles que la phlébotomie, etc., comme exigeant des études antérieures que n'a pu faire un commençant.

VIII. *Nouveau perfectionnement à la méthode de Marsh, pour la recherche légale de l'arsenic*, par N. Blondlot, professeur de chimie et de pharmacie à l'école préparatoire de médecine de Nancy, chirurgien ordinaire de l'hospice des Orphelins, etc. ; mémoire de 32 pages in-8° ; chez Fortin, Masson et Ce. — Ce travail, présenté à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 juillet 1845, par un de nos plus habiles expérimentateurs, mérite au plus haut point de fixer l'attention des médecins sous le point de vue de la toxicologie légale.

Revue des journaux français.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(Juin, juillet et août 1845.)

Mémoire sur les calculs des fosses nasales; par M. DEMARQUAY, interne. — Un fait récemment observé dans le service de M. Blandin a fourni à l'auteur l'occasion de faire des recherches historiques sur une affection qui n'est même pas mentionnée dans nos traités actuels de chirurgie.

Les rhinolithes ont été observés pour la première fois en 1502, par Mathias de Gardi. Ils l'ont été depuis par Thomas Bartholin, en 1654; plus tard, par Ruysch; en 1828, par Graeffe; en 1829, par Thouret; tout récemment, par Brodie, et enfin par M. Blandin. L'auteur a résumé en somme une quinzaine de cas.

Le nombre des rhinolithes a varié depuis un seul jusqu'à plusieurs. C'est principalement dans la partie inférieure des fosses nasales qu'ils se développent. On les a rencontrés aussi dans les sinus maxillaires. Quelques-uns étaient très petits; d'autres ont été assez volumineux pour boucher complètement les narines, refouler la cloison du côté opposé et la détruire en partie.

Les éléments qui entrent dans la composition des concrétions nasales sont, d'après Axman, Prout et Bouchardat, en grande partie des phosphates de chaux, des carbonates de même base et de magnésie, sels qui prédominent également dans les sécrétions de mucus et de larmes des fosses nasales.

L'article étiologie doit être fort vague dans un pareil sujet; aussi mieux vaut le passer sous silence. La symptomatologie est à peu près la même que pour les polypes, avec lesquels on a quelquefois confondu les calculs des fosses nasales. Ces derniers ont été parfois rendus dans un effort de toux et d'éternuement; mais le plus souvent ils ont dû être extraits au moyen d'une opération.

Mémoire sur l'écoulement d'un liquide aqueux par l'oreille, considéré comme signe des fractures du crâne et en particulier du rocher; par le docteur S. LAUGIER, chirurgien de l'hôpital Beaujon. — Dès en 1834 l'auteur avait indiqué comme signe nouveau, propre à déterminer, entre les fractures du crâne, celles qui affectent le rocher, l'écoulement en plus ou moins grande abondance, par le conduit auditif externe, d'un liquide ayant les apparences de la sérosité du sang. Le fait a été depuis mis hors de doute par un nombre considérable d'autopsies; l'auteur, dans ce nouveau travail, n'a donc eu qu'à en apprécier la valeur séméiologique. Selon M. Laugier, le liquide qui s'écoule par l'oreille, quand il y a fracture du rocher, n'est autre chose que la sérosité du sang épanché et contenu dans la cavité du crâne entre la dure-mère et les os. La sérosité du caillot se trouve peu à peu exprimée par l'effet des mouvements du cerveau, de telle sorte que le caillot finit par se trouver réduit en un mince feuillet. Deux autres hypothèses avaient été présentées pour expliquer l'écoulement d'un liquide aqueux par l'oreille : M. Bodinier considérait cette sérosité comme n'étant que le liquide céphalo-rachidien lui-même; M. Alph. Robert soutenait que cette sérosité venait du vestibule. Mais M. Laugier oppose à ces théories que, dans les cas qu'il cite, les méninges ont été trouvées intactes, que les fractures avec sortie du cerveau et rupture de ses enveloppes ne sont pas accompagnées d'un écoulement abondant, qu'il a vu enfin la fracture du labyrinthe exister sans donner lieu à la sortie d'un liquide d'abord sanguinolent, ensuite séreux.

M. Laugier cite trois observations tirées de son propre service, et il en ajoute six autres empruntées à MM. Diday de Lyon, Nélaton, Robert et autres. Dans tous ces cas, on a constaté l'apparition d'un liquide qui passait, par degrés, de l'état de sang à celui de sérum. A l'autopsie, on trouvait la membrane du tympan détruite; un caillot intérieur servait comme de source au liquide qui sortait; le rocher était fendu, mais sans déplacement. De l'eau et du sang tour à tour versés dans le crâne ont suivi le trajet assigné à la sortie du liquide pendant la vie. Dans un cas, ce liquide examiné chimiquement a été reconnu pour de l'albumine. L'analogie ne permet-elle pas, d'ailleurs, de considérer ce liquide comme identique avec celui qui s'écoule par les plaies, entre le moment de l'hémorrhagie et celui où le pus est formé?

« Que devient dès lors, dit l'auteur en terminant, la valeur de ce signe pour l'application du trépan? Il n'est pas à lui seul une indication de cette opération, puisque l'écoulement de la sérosité du caillot diminue la pression de celui-ci sur le cerveau. Aucun des blessés, en effet, n'a éprouvé d'hémiplégie primitive; mais si elle se montrait consécutivement, et qu'on se déterminât sur cet accident à pratiquer l'opération, il y aurait plus de raison à faire agir la couronne du trépan au-dessus du conduit auditif externe qu'en tout autre point, et s'il restait quelque incertitude, une incision préalable des parties molles dans cette région du crâne servirait à reconnaître un point déclive de la fracture. »

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(Juillet et août 1845.)

Des résections des phalanges; par N. NEBOUX. — Plusieurs fois dans ce journal nous avons parlé des résections des extrémités articulaires des os, des avantages que cette ressource peut offrir au praticien. Nous avons fait tous nos efforts pour les réhabiliter dans l'esprit des chirurgiens qui, oublieux des succès des Moreau, des Roux, des Fricke, etc., s'obstinent à

proposer le sacrifice entier d'un membre qu'il serait possible de conserver sans souffrances beaucoup plus grandes, non sans doute dans un état parfaitement normal, mais seulement un peu raccourci et très susceptible de remplir les fonctions qui lui sont réparties, de rendre des services incontestables.

Dans ces circonstances, nous n'entendions parler que des résections des os composant les grandes articulations, parce que dans ces temps derniers on avait hésité, à cause de leur spongiosité qui les prédispose à la carie, à user de ce moyen lorsqu'il s'agit d'une altération limitée d'un métacarpien, d'un métatarsien, d'une phalange. — Naguère, depuis 1844, quelques opérateurs ont fait des essais qui méritent d'être notés; ils ont une valeur qui donne du prix à la méthode. Il y a quinze jours environ, M. Roux, en notre présence, a eu l'idée de pratiquer la résection de la moitié postérieure du premier métatarsien, pied gauche, chez un homme d'une cinquantaine d'années, qui présentait une altération de la tête de cet os. — L'opération a été régulière et prompte; le traitement un peu prolongé, mais sans accident. Depuis longtemps la guérison est parfaite et le gros orteil rétracté en arrière facilite manifestement les usages du pied, sans conserver toutefois son rôle important dans la sustentation et la progression. Ce résultat est encourageant.

Tout le monde sait les tentatives pénibles, répétées, infructueuses le plus souvent, auxquelles on se livre pour réduire la luxation de la seconde phalange du pouce sur la première, alors même que les parties molles sont divisées et laissent sortir l'extrémité d'un des osselets, surtout quand les secours sont demandés tardivement, quand l'irritation des muscles complique la blessure, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant l'intéressant mémoire publié récemment par M. Malgaigne dans le Journal de chirurgie. — Il y a trois mois nous avons observé une lésion de cette nature dans le service chirurgical de l'hôpital des Cliniques : la phalangette était luxée en haut et en arrière; une ouverture à bords contus, mâchés, laissait paraître en avant l'extrémité inférieure de la phalange. Le docteur Nélaton essaya les trois méthodes principales : l'*extension*, l'*impulsion* ou *glissement* et la *flexion*, tout ce qu'il est raisonnablement permis de mettre en usage pour arriver à la réduction. Ses efforts furent impuissants. Il se décida à réséquer la partie articulaire de la phalange; aussitôt la phalangette reprit sa place. Le blessé guérit très bien, conservant un pouce ankylosé dans une légère flexion, dont la pulpe, par conséquent, s'offre naturellement à la pulpe des autres doigts, avec ce degré de résistance qui convient pour accomplir le toucher et les diverses fonctions auxquelles cet appendice est destiné.

Dans le Bulletin de thérapeutique, mois de juillet, je lis une observation exactement semblable à la précédente, recueillie à bord d'un bâtiment de guerre français quelques années auparavant. Il s'agit de la luxation de la phalangette du pouce en arrière avec rupture des téguments à la face palmaire, irréductible par les moyens ordinaires, et qui a nécessité la résection. Le fait appartient à un praticien distingué, au docteur Neboux, chirurgien-major de la marine; il est trop curieux, il a trop de prix pour le laisser passer sous silence. — En voici un analyse rapide : Jacques Lacarre, matelot à bord de la frégate la Gloire, assistait à un exercice à feu, et, en sa qualité de chef de pièce, il avait le pouce gauche sur la lumière du canon, lorsque soudainement l'explosion eut lieu.

Lacarre présenta aussitôt une luxation en arrière de la phalange unguéale du pouce qui s'avançait d'un mètre environ sur le corps de la première phalange. L'extrémité inférieure de celle-ci sortait par une boutonnière qu'on remarquait à la hauteur du pli de l'articulation.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'explication qu'il donne de l'accident; mais il est positif qu'il essaya vainement les diverses méthodes recommandées pour obtenir la réduction, et qu'en désespoir de cause il prit la sage résolution de réséquer l'extrémité inférieure de la première phalange. Il eut de légers accidents inflammatoires à combattre, mais il obtint une guérison irréprochable. Au bout de quelques mois, dit l'auteur, le blessé pouvait parfaitement se servir de son pouce qui avait recouvré un peu de mobilité dans son articulation anormale.

Pour son opération, M. Nélaton employa la pince de Liston, M. Neboux la scie. En pareille occasion, je préférerais la scie à la pince qui agit en pressant fortement, en rapprochant l'un de l'autre les points opposés de l'os, en l'affaissant, en écrasant ses mailles ou cellules.

De la médication alcaline dans le traitement des maladies de la peau; par M. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Cette médication est indiquée à l'intérieur toutes les fois que la maladie de la peau est liée à une gastralgie avec sécrétion acide, quelle que soit, d'ailleurs, la forme anatomique de cette maladie. Elle est indiquée à l'extérieur dans le traitement des affections papuleuses et des affections squameuses. On la voit réussir dans l'eczéma lichénoïde, le psoriasis, la lèpre vulgaire, l'ichthyose nacrée, l'ichthyose brune, le prurigo, la gale, la teigne, certains eczémas chroniques du cuir chevelu, notamment la teigne amiantacée; mais c'est surtout dans le traitement du lichen que la médication alcaline compte le plus de succès.

La médication alcaline a pour éléments trois sels, le bicarbonate de soude, le carbonate de soude et le carbonate de potasse. Le premier ne s'administre guère qu'à l'intérieur; la forme la plus parfaite nous est présentée par la nature dans l'eau de Vichy. Quant aux dissolutions artificielles, M. Devergie débute ordinairement en prescrivant un gramme de bicarbonate de soude par jour dans trois ou quatre verres de tisane; il augmente de 5 décigrammes tous les trois jours, de manière à arriver à 4 grammes; il ne dépasse pas cette

dose qui lui a toujours paru suffisante ; ce qui le prouve d'ailleurs, c'est que non-seulement les urines perdent de leur acidité, mais qu'encore elles deviennent alcalines ; or l'émission par l'urine d'un médicament ingéré par l'estomac prouve que l'économie en reçoit toute l'influence qu'elle peut en recevoir. Le bicarbonate de soude rétablit les fonctions digestives, si elles étaient légèrement altérées, et développe l'appétit, principalement dans les cas où il existait quelque symptôme de gastralgie.

A l'extérieur, la médication alcaline s'administre sous quatre formes différentes : en bains, en lotions, en poudre et en pommades.

Une solution alcaline de 8 à 12 grammes de carbonate de soude pour 100 grammes d'eau est très utile en lotion : 1° pour maintenir dans un état de propreté les parties recouvertes de poils que l'on enduit de pommade ; ainsi dans le pityriasis du cuir chevelu, dans certains eczémas chroniques, dans le psoriasis de la tête, dans toutes les variétés de teigne et de pseudo-teignes ; 2° comme agent thérapeutique au déclin de l'herpès circinné de la partie interne des cuisses ; il en est de même pour le lichen agrius des mollets, pour le lichen nummulaire des mains, pour l'intertrigo des fesses, des seins et des aisselles.

Relativement aux pommades, M. Devergie fait observer que les doses de carbonate de soude indiquées dans les formulaires, lesquelles sont de 2 à 4 grammes pour 30 grammes d'axonge, sont trop fortes, à moins qu'il ne s'agisse de modifier d'une manière très active la vitalité du tissu, comme dans le porrigo favosa ; le cuir chevelu supporte des pommades qui seraient trop irritantes pour la peau du reste du corps. La pommade que M. Devergie emploie pour combattre le lichen et ses formes composées ne contient jamais plus de 50 centigrammes à un gramme de carbonate de soude. Il porte la dose à un gramme et même deux grammes lorsqu'il combat par les alcalins des affections squameuses telles que le psoriasis, la lèpre, l'ichthyose nacrée ou noire. La médication alcaline externe a surtout pour avantage, dans les affections lichénoïdes, d'atténuer *immédiatement* les démangeaisons ; mais là ne se bornent pas ses bienfaits, et c'est dans les formes papuleuses surtout que M. Devergie la recommande.

LA CLINIQUE DE MONTPELLIER.

(Numéros de juillet et août 1845.)

Des abcès du pharynx; par M. H. RODRIGUES. — La marche, les symptômes et le diagnostic des abcès du pharynx sont mal appréciés. Pour jeter quelque jour sur cette question importante, le docteur Hubert Rodrigues a fait un recueil de toutes les observations qui se trouvent dans la science, et il en déduit des considérations générales pleines d'intérêt.

Il admet trois espèces d'abcès du larynx : dans l'une, le pus se forme sur les parties latérales du conduit ; dans la seconde, il occupe la paroi antérieure ; dans la troisième, la paroi postérieure. — Partout ils sont idiopathiques ou phlegmoneux, symptomatiques d'affections vertébrales, ou consécutifs d'ulcères, de dégénérescences, de corps étrangers, de poisons corrosifs, de brûlure, de scarlatine, de variole, de rhumatismes, etc., etc. La suppuration du pharynx, abcès de la paroi antérieure, a été observée par Hippocrate.

Obs. 1. — Un homme de 35 ans entre en 1845 à l'hôpital St-Éloi pour une tumeur blanche ulcérée du genou. Un régime analeptique, des cautères autour de l'articulation malade, amena en trois semaines un peu de mieux. On se disposait à appliquer des raies de feu, lorsqu'il survint une fièvre grave. La voix devient rauque, s'éteint par moments ; la déglutition est difficile, ne peut s'effectuer que dans la position assise, le corps fortement incliné en avant. Bientôt le malade succombe.

Autopsie. La muqueuse du pharynx et celle du larynx sont rouges ; elles sont écartées, donnent sous le doigt la sensation d'une fluctuation manifeste ; une incision laisse échapper un pus mal lié, couleur chocolat.

Obs. 2. — Le 20 prairial an..., un cordonnier entre à la Charité pour une fièvre adynamique. Guéri, il prend son exeat pour rentrer bientôt et mourir quelques jours plus tard, après avoir présenté les symptômes suivants : respiration embarrassée, toux forte et fréquente, voix rauque et éteinte ; sentiment d'un corps étranger qui monte et qui descend ; déglutition difficile, inspiration laborieuse, orthopnée, figure livide, hébétude, désespoir furieux ; mort.

Autopsie. Abcès entre la muqueuse du larynx et du pharynx, depuis les cartilages aryténoïdes jusqu'au cartilage cricoïde.

Obs. 3. — Un étudiant, rétabli d'une fièvre typhoïde, sort par un temps pluvieux. Sa voix devient rauque, la déglutition difficile, la respiration gênée, douloureuse, et bientôt des menaces de suffocation engagent Béclard à pratiquer la trachéotomie. L'opération est sans avantages ; le malade meurt.

A l'ouverture du cadavre, on reconnaît une infiltration purulente dans la paroi antérieure du pharynx.

Les trois autres cas cités se rapportent à de jeunes sujets atteints primitivement de rhumatisme aigu, de pleuro-pneumonie, de variole confluente.

Déductions. Ces abcès ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire au premier aperçu ; ils sont parfois la terminaison d'une affection aigüe.

Ils passent inaperçus quelquefois ; les altérations voisines absorbent toute l'attention de l'observateur ; on les confond avec l'œdème de la glotte, ce qui conduit *in extremis* à la trachéotomie. Dans le doute, lorsqu'on explore l'ouverture du larynx avec le doigt, il convient de pousser l'investigation plus bas en arrière, et, l'abcès reconnu, d'inciser la paroi antérieure du pharynx au lieu de scarifier les lèvres de la glotte.

Leurs symptômes les plus constants sont la rau-

cité ou l'extinction de la voix, la gêne de la déglutition, surtout dans la position couchée, la difficulté de respirer, la menace de suffocation.

Abcès des parois latérales.

Ces abcès, comme les précédents, sont idiopathiques ou phlegmoneux, sont le terme d'une inflammation de la muqueuse pharyngienne; mais ils ont ordinairement pour cause l'implantation d'un corps étranger : une aiguille, une épingle, un fragment d'os, une arête ou la carie du temporal (Velpeau).

Les symptômes qui les traduisent sont de vives douleurs, l'enrouement, la gêne, la difficulté à avaler, à respirer, les accès de toux, et la langue portée en avant dépasse les dents incisives. Tout cela est confirmé par les cinq ou six observations que présente l'auteur.

Abcès de la paroi postérieure. Quelle qu'en soit la cause, l'inflammation du pharynx est susceptible de terminaison par suppuration, et c'est communément à la paroi postérieure que la collection purulente s'établit.

Les observations que l'auteur relate dans ce dernier chapitre sont très nombreuses et fort intéressantes. Il en a rapporté autant afin de montrer les principaux caractères de ces abcès et d'en assigner les causes. Le pus peut être circonscrit ou diffus, situé très haut, au niveau de la glotte ou au bas du pharynx, sur les différentes régions de cet organe, ce qui apporte des modifications dans les accidents éprouvés par le malade. Le pus une fois formé dans la paroi postérieure peut se porter en bas jusque dans la poitrine, sur les côtés, de manière à tourner tout le conduit jusqu'au larynx; il est arrêté en haut par les aponévroses pétro et occipito-pharyngiennes; en avant, il trouve un obstacle, qui n'est pas toujours infranchissable, dans les plans profonds de l'aponévrose cervicale.

Les faits qu'il a recueillis méritent d'être lus avec attention, à cause de la difficulté du diagnostic et de l'importance qu'il y a de reconnaître ces abcès au début.

La présence du pus reconnue, l'indication est d'ouvrir l'abcès par la bouche. Le bistouri droit garni jusqu'à la pointe convient pour cette opération.

Après l'incision, la fièvre et tous les accidents diminuent, si l'abcès n'est pas entretenu par un vice local ou général; les gargarismes suffisent alors pour déterger le foyer et amener une guérison prompte.

Observations de névrite; par le docteur DUBREUILH, de Bordeaux.— La névrite est une de ces affections sur le compte desquelles nous ne sommes pas encore édifiés. Aussi considérons-nous comme une bonne fortune de voir grossir le nombre des observations qui sont susceptibles de jeter du jour sur ce point intéressant.

C'est à ce titre que nous arrêtons l'attention sur la Clinique de Montpellier de juillet dernier. Elle renferme, en effet, trois cas de névrite aiguë dignes d'analyse.

La névrite est idiopathique ou traumatique; elle est à l'état aigu ou à l'état chronique; elle cède à des moyens très divers. — Une médication unique ne saurait être adoptée d'une manière générale.

Le symptôme le plus frappant c'est la *douleur continue* s'exagérant par la pression; la douleur accompagnée de chaleur, de rougeur, de tuméfaction, de fièvre, ainsi que dans la plupart des phlegmasies.

Un enseignement utile ressort du petit travail du docteur Dubreuilh, dont voici le résumé :

Obs. 1. — Un jeune soldat du 10e de ligne entre le 18 mars 1844 à l'hôpital St-Éloi pour se débarrasser d'une petite tumeur logée au fond de l'aisselle, qui, indolore, gêne certains mouvements. Après l'usage de quelques moyens externes et d'un traitement antisyphilitique, on se décide à pratiquer cette opération toute de complaisance. M. Lallemand s'en charge le 20 juillet. Il porte le bras dans l'abduction forcée, fait une incision longitudinale, soulève avec ménagement le plexus brachial, enlève la tumeur qui était un kyste plein d'hydatides et de sérosité. Le sixième jour, le malade accuse une douleur vive qui persiste et s'exagère après la cicatrisation. Elle a son point de départ dans le plexus brachial, elle s'exaspère par la moindre pression, elle amène de la fièvre, de la céphalalgie; les nuits se passent sans sommeil; le trajet du nerf médian est rouge, c'est sur lui que se concentrent tous les phénomènes morbides.

L'acupuncture n'amène aucun soulagement; on est plus heureux par l'emploi des saignées générales et locales, on y insiste en aidant leur action de l'usage des bains, des cataplasmes émollients, des frictions avec l'huile de jusquiame.

Ce blessé a guéri. Ainsi que dit l'auteur, « quand la névrite est prise au début, il est facile d'en enrayer la marche par les antiphlogistiques. »

Obs. 2. — Ici le sujet est un fusilier du 38e de ligne; il a une névrite du sciatique produite par l'action du froid humide. La douleur est tellement vive qu'il n'a pas de position au lit et que le contact du corps le plus léger lui fait pousser des cris. Les accidents cèdent à des applications de sangsues larges et répétées, à l'emploi des ventouses et des vésicatoires.

Souvent ces moyens ne réussissent qu'à demi; l'affection, d'aigüe, devient chronique; les douleurs moins intenses subsistent avec opiniâtreté. Alors il faut associer les opiacés aux antiphlogistiques, recourir aux cautères, aux moxas, à l'acupuncture, aux bains de vapeurs, aux bains sulfureux, etc.

Obs. 3. — Celle-ci n'est pas la moins curieuse; elle a été recueillie dans la pratique du savant professeur d'anatomie, M. Dubreuilh. Mlle V. S., âgée de 22 ans, brune, d'une belle constitution, tombe

sur la glace, une bouteille à la main; un fragment de verre lacère la partie interne et inférieure de l'avant-bras gauche, et opère probablement la division incomplète du nerf cubital. La guérison se fait attendre un temps assez long, et, après la cicatrisation, un mois s'écoule sans douleur; mais, au bout de ce terme, il se manifeste des souffrances vives à la partie interne de l'avant-bras et du bras; elles s'étendent aux doigts qui sont servis par le cubital. Les antiphlogistiques, les bains, les vésicatoires, les frictions mercurielles le long du membre malade et sur la poitrine, l'acétate de morphine de toutes les manières, n'apportent qu'un soulagement très passager, et, après six mois d'efforts infructueux, le mal s'étend au creux axillaire, au pourtour de la poitrine, de manière à faire concevoir des inquiétudes sur l'existence de la malade. La maigreur rapide et la diminution très notable des muscles qui servent à la respiration engagent M. Dubreuilh à songer à la section complète du nerf. Avant il voulut pourtant user de l'acupuncture, et il fit très bien, car cette opération, qui fut extrêmement douloureuse, pratiquée dans l'épaisseur du nerf cubital, entre l'épitrochlée et l'olécrane, fut suivie du résultat le plus heureux. — Depuis cinq ans la guérison ne s'est pas démentie.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.
(Juillet 1845.)

Mémoire sur un mode nouveau d'employer l'hydrochlorate de morphine dans les odontalgies, les névralgies frontales, et dans quelques névralgies trifaciales. — M. EBRARD, médecin de l'hospice de la Charité de Bourg, recommande dans ces diverses affections l'usage de l'hydrochlorate de morphine en frictions sur la gencive du côté douloureux, comme ayant des effets prompts et efficaces, lesquels s'expliquent fort bien, selon lui, si l'on réfléchit qu'entre le sel de morphine et le nerf irrité il n'existe qu'une couche de tissu mince et doué d'une grande puissance d'absorption, tandis qu'en opérant par la méthode endermique, on agit sur une surface moins favorable à l'absorption et d'ailleurs souvent éloignée du nerf douloureux.

L'extrait d'opium employé en fomentations ou en applications dans le creux de la dent douloureuse ne produit que rarement la guérison de l'odontalgie. L'auteur se borne à constater, sans chercher à l'expliquer, cette différence entre l'extrait d'opium et un de ses éléments, la morphine.

Rien de plus simple et de plus facile que l'administration de l'hydrochlorate de morphine en frictions sur la gencive ou en prises dans le nez; émerveillé des résultats qu'il a obtenus et dont il consigne treize cas dans son mémoire, l'auteur s'étonne qu'on n'y ait pas songé avant lui. Des frictions sur les gencives avec 1, 2 ou 3 centigrammes du précieux sel de morphine ont une action locale d'une énergie et d'une promptitude telles, qu'il ne peut mieux, dit-il, en donner une idée qu'en comparant cette action à celle qu'ont sur le système nerveux de la pupille 2 à 3 gouttes d'une solution d'extrait de belladone introduites entre les paupières. Un accès d'odontalgie est enlevé en deux heures, une heure, une demi-heure; et, le plus souvent, un ou deux jours suffisent pour faire disparaître l'irritabilité du nerf dentaire.

Des propriétés des feuilles de l'oxalis crussicaulis; de leur emploi comme astringent, spécialement dans les hémorrhagies et les catarrhes chroniques; par le docteur MONTAIN. — L'oxalis est une plante de la famille des géraniées, originaire du Pérou, et utilisée depuis quelque temps en Europe. Les tubercules, très abondants, offrent un mets agréable et nourrissant. Il en est de même des feuilles qui sont succulentes et très multipliées; elles fournissent en outre à la matière médicale un suc très astringent, d'une acidité très forte, mais agréable et qui a l'avantage de se conserver sans altération.

Un peu avant l'époque des gelées, on coupe les tiges de l'oxalis, on les soumet à une forte pression et on en obtient une grande quantité de suc. On peut encore, en laissant macérer le résidu dans une certaine quantité d'eau, obtenir un liquide légèrement astringent. Ce suc s'unit facilement au sucre pour former un sirop d'un goût acide et légèrement aromatique qui, mélangé avec l'eau, fournit une boisson très agréable.

M. Montain a administré ce suc, soit pur, soit édulcoré, soit en différentes proportions, dans des potions avec les adjuvants, les excipients, etc. Les doses à l'intérieur ont été de 3 à 6 cuillerées à bouche par jour. Il l'a quelquefois administré en lavement ou en injection. Il l'a employé avec succès de cette dernière manière pour flétrir un polype vésiculaire des fosses nasales.

Les métrorrhagies chroniques et la plupart des flux hémorrhagiques de même nature, ne se rattachant pas à une affection organique, ont paru recevoir une influence bien marquée de l'action de ce médicament au bout de cinq à quinze jours de traitement. Les catarrhes chroniques, tous les flux muqueux de longue durée, spécialement les diarrhées, les dysenteries, ont été combattus avec un succès assez constant par le suc d'oxalis, soit pur, soit étendu en tisane, en sirop. Il en est de même des blennorrhagies chroniques, surtout celles qui ont résisté au copahu, au cubèbe (1).

La note de M. Montain se termine par des détails sur la culture de cette plante, détails que nous n'insérons pas ici parce qu'ils sont trop peu nombreux et qu'il est aisé de s'en procurer en faisant l'acquisition des graines. Nous nous bornerons à dire que la culture de cette plante est facile; elle offre d'abondants produits; un carré de 3 mètres a donné près de 80 litres de suc pur et filtré. Enfin, ce nouvel astringent n'est pas à dédaigner; car il a réussi, d'après M. Montain, dans des cas où d'autres avaient échoué.

(1) L'usage de ce suc a fait un tel progrès à Lyon, que toutes les pharmacies de cette ville en sont pourvues. M. Davallon, professeur de pharmacie, en a préparé une grande quantité.

Revue des journaux allemands.

JOURNAL FUR DIE KINDERKRANKHEITEN.

(Février et mars 1845.)

De la diarrhée des enfants en sevrage et de son traitement par la viande crue; par le docteur J.-F. WEISSE, directeur et médecin en chef de l'hôpital des enfants de Saint-Pétersbourg, conseiller d'Etat, etc.—Cette diarrhée ne figure pas parmi les quinze espèces admises par Rosen de Rosenstein dans son traité des maladies des enfants; plus tard quelques auteurs en ont parlé, mais très sommairement, à l'exception de Tourtual qui le premier en a tracé les caractères différentiels et signalé les dangers. L'étiologie, d'après ce qu'en dit l'auteur, en est encore assez confuse; car, selon lui, la diarrhée en question attaque aussi les enfants que l'on retient trop longtemps au sein, ceux que l'on commence à y mettre trop tard, ceux enfin dont la dentition se fait longtemps attendre.

Cette maladie, à laquelle on ne fait malheureusement pas assez d'attention dès le début, parce qu'on a coutume de la mettre sur le compte des dents, commence d'habitude huit à quinze jours après le sevrage, quelquefois plus tard. L'enfant devient pâle, il dort mal, perd peu à peu l'appétit; il demande souvent à boire; les selles sont liquides, verdâtres, quelquefois parsemées de stries de sang; elles sont par dessus tout débilitantes et elles impriment sur la physionomie un cachet de souffrance. Le célèbre médecin des enfants Tourtual dit que l'expérience lui a appris que rien ne pouvait arrêter cette sorte de diarrhée que le retour au sein d'une bonne nourrice; mais il n'est pas toujours possible de recourir à ce moyen salutaire, surtout lorsqu'il s'est passé un temps considérable depuis le sevrage. On a, il est vrai, conseillé, dans cette circonstance, de faire couler le lait dans une cuiller avant de le présenter à l'enfant, mais c'est une pratique peu aisée.

L'auteur dit avoir trouvé contre cette maladie un moyen qu'il ne saurait trop recommander, la *viande de bœuf crue*. Il avait déjà publié une courte notice sur ce sujet, en 1840, dans le journal d'Oppenheim. Les succès qu'il a continué d'en obtenir depuis, ceux qu'en ont retirés les confrères auxquels il en avait fait part, lui font un devoir d'en faire de nouveau part au public médical.

L'auteur nous rapporte l'histoire d'un enfant de quinze mois environ, ayant déjà quatre dents incisives, qui au bout de trois semaines de sevrage fut pris d'une de ces diarrhées colliquatives avec vomissements fréquents, soif, perte d'appétit. Après trois nouvelles semaines il était réduit au dernier degré de marasme, le ventre était météorisé; aucun agent thérapeutique n'avait pu arrêter ni même seulement amender son état. M. Weisse, appelé dans cette circonstance, pensa qu'il n'y avait plus rien à faire ici pour les moyens pharmaceutiques et que c'était là le cas d'essayer la chair crue. Le jour suivant on ratissa pour l'enfant d'excellent filet; après avoir témoigné d'abord quelque répugnance, il en avala néanmoins une cuillerée environ avec apparence de plaisir. Après avoir pris dans le courant de la journée trois cuillerées de viande crue, il eut quelques envies de vomir; la soif parut diminuer; cependant l'appétit pour la viande crue augmenta de jour en jour; on était même obligé d'en donner un peu pendant la nuit à l'enfant pour en obtenir du repos. La diarrhée ne diminua toutefois pas dès les premiers jours. L'enfant prit bientôt un tel goût pour son nouveau régime qu'il en demandait sans cesse; car il vint à prendre jusqu'à une livre de viande par jour et plus. Les selles commencèrent au bout de quinze jours à s'amender, à prendre une couleur briquetée avec plus de consistance. Les évacuations alvines étaient mélangées de suc de viande non altéré, ce qui fit d'abord croire à l'auteur qu'il avait affaire à une lientérie. Après huit nouveaux jours, la couleur des excréments passa du rouge clair à une couleur de plus en plus foncée et finit par devenir noire; le nombre des selles diminua considérablement; alors le goût de l'enfant pour la viande diminua également et on commença à lui donner du pain blanc. La guérison s'opéra ensuite graduellement, et l'enfant revint à une santé complète, armé de deux nouvelles dents. Pendant les sept semaines qu'avait duré le traitement, il avait pris plus de quarante livres de viande.

La viande doit être prise dans le meilleur filet et aussi peu grasse que possible. Si l'enfant a assez de dents pour pouvoir la mâcher, on la lui donne par très petits morceaux, sinon on la réduit en une sorte de pulpe. La dose, pour commencer, est dans les vingt-quatre heures de deux cuillerées à bouche que l'on partage en cinq prises. On augmente ensuite graduellement. Quelquefois l'enfant prend goût pour ce nouveau mets et l'administration en est alors facile; mais d'autres fois il n'en veut pas; alors on en déguise la forme comme on peut.

Sur les maladies de l'appareil digestif chez les enfants, observées dans le grand hôpital des enfants de Moscou; par le docteur André-Henri KRONENBERG, directeur et médecin en chef du susdit hôpital. — De cette revue clinique nous n'extraierons que ce qui est le plus intéressant pour la séméiologie et la thérapeutique des maladies des enfants.

Gastrite. L'auteur comprend sous ce nom 21 cas de *gastrosis* simple et 31 de fièvre gastrique. Il n'a cru devoir noter de remarquable dans ces cas que la céphalalgie, la douleur épigastrique et la dilatation des pupilles.

Péritonite. — Les cinq cas qui ont été obser-

vés ont eu lieu chez des enfants scrofuleux qui avaient eu antérieurement des éruptions à la tête. Entre autres symptômes on a constamment noté la dilatation de la pupille. On a observé deux terminaisons par des crises, l'une par des sueurs, l'autre par des abcès à la tête. Le traitement était antiphlogistique ; on a particulièrement insisté sur les bains tièdes qui paraissaient être d'une grande efficacité.

Hépatite. On en a eu sept cas qui tous ont guéri. Six fois il y avait ictère ; dans un cas, la maladie a été compliquée de pneumonie, dans un autre de splénite. Le plus souvent, c'était le lobe gauche du foie qui était atteint ; la fièvre était peu forte. Le traitement a consisté en sangsues, frictions mercurielles, calomel, laxatifs et résolutifs.

Splénite et hypertrophie de la rate. L'auteur en a observé 6 cas. Le diagnostic se fondait ordinairement sur une grande sensibilité de la région de la rate au toucher ; la fièvre était peu prononcée. Quelquefois il y avait de la céphalalgie ; il y a eu une fois des vomissements.

Muguet. On en a eu 19 cas à traiter dans le courant de l'année. A l'arrivée des enfants, il s'était déjà formé dans la bouche une membrane d'un blanc laiteux ; tantôt elle n'occupait que la langue, tantôt elle occupait l'intérieur des joues, deux fois elle occupait toute la bouche. Les autres symptômes étaient la diarrhée, le vomissement, amaigrissement, grande faiblesse, insomnie, agitation, soif, chaleur à la tête, pouls fébrile ; ce dernier symptôme n'a jamais manqué, contrairement aux assertions de M. Valleix et d'autres médecins français qui prétendent n'avoir jamais vu la fièvre avec le muguet. La diarrhée manquait rarement ; le vomissement faisait plus souvent défaut. L'enfant le plus âgé avait 15 mois, le plus jeune deux semaines. C'est dans l'été que cette maladie a été le plus souvent observée, particulièrement dans le mois d'août. Les mères étaient d'ordinaire robustes et bien portantes ; leur lait était de couleur et de consistance normales. L'auteur pense que l'étiologie de cette maladie est loin d'être encore bien claire et que les causes si longuement énumérées par les médecins français sont pour la plupart problématiques. Pour aucun de ces enfants on n'a pu s'en prendre à une alimentation défectueuse ; mais ils étaient pour la plupart d'une faible constitution. M. Kronenberg trouve aussi qu'on se complaît trop, chez nous, à rembrunir le pronostic de cette affection. Tous les enfants qu'il a traités cette année ont présenté les symptômes signalés comme les plus fâcheux, et cependant un seul a succombé ; encore a-t-il plus probablement succombé à la syphilis dont il était atteint qu'au muguet. L'auteur prescrivait des potions mucilagineuses et huileuses, quelquefois des purgatifs, bien rarement des vomitifs. Il a eu très souvent recours et avec le plus grand succès à la solution de carbonate de soude. Il n'a point eu recours aux topiques locaux, sauf dans un cas où il a employé le borax.

Diarrhée. M. Kronenberg en a noté 197 cas, sur lesquels 11 morts. C'était particulièrement dans les mois de juin, de juillet et d'août que cette maladie était fréquente. L'auteur prescrivait toujours les médicaments directement aux enfants et non pas aux nourrices. Si la diarrhée était récente, il avait recours au sirop de rhubarbe pour les enfants à la mamelle, et à l'huile de ricin pour ceux qui étaient plus âgés. Quand il y avait en outre des acidités, il prescrivait le charbon et la liqueur de carbonate de potasse. Se manifestait-il des symptômes phlegmasiques, il prescrivait la décoction de guimauve, le nitrate de soude, la terre foliée de tartre et même le calomel à petites doses chez les enfants plus âgés. La diarrhée séreuse était combattue par la poudre de Dower, par le salep et surtout par les bains chauds ; la sanguine par le nitrate de soude, l'alun et la potasse. Lorsque la diarrhée était passée à l'état chronique et qu'on pouvait soupçonner l'existence d'ulcères intestinaux, on employait avec beaucoup d'avantage le nitrate d'argent et l'acétate de plomb en potion ou en lavements ; lorsqu'enfin il y avait relâchement évident de la fibre, l'extrait de noix vomique se montrait très efficace.

Diphthérite pharyngienne. L'auteur en cite deux cas, l'un chez un enfant de dix mois, l'autre chez un enfant d'un an ; tous deux ont guéri. Le traitement a consisté en oxymel scillitique donné comme vomitif, médicaments huileux, solution de carbonate de potasse ; cautérisations avec l'acide hydrochlorique.

Gastro-entérite. M. Kronenberg ne comprend sous ce titre que les cas où il y avait bien évidemment, selon lui, phlegmasie grave des intestins s'étendant aux appareils glanduleux et à l'estomac. Il a observé cette maladie chez 18 nourrissons de l'âge de 4 à 14 mois, et chez deux enfants âgés de plus de deux ans. Le plus grand nombre de ces cas se sont présentés dans le mois de juillet. Le traitement était principalement extérieur et consistait dans des applications de sangsues, de cataplasmes, de sinapismes, de frictions mercurielles et de bains. A l'intérieur on prescrivait des émulsions, du nitrate de soude, du carbonate de potasse, la terre foliée de tartre, du calomel à petites doses, la poudre de Dower.

Dysenterie, colite. On l'a observée chez 28 enfants de l'âge de 4 semaines à 5 ans. L'un d'eux est mort ; l'issue de la maladie est inconnue pour 5 ; tous les autres ont guéri. L'huile de ricin était constamment administrée au début ; le traitement était, du reste, le même que pour la diarrhée muqueuse.

Lienterie. M. Kronenberg en a eu 5 cas à traiter entre l'âge de 6 et de 18 mois. Ils rendaient par les selles des aliments non digérés ; l'un d'eux avait en outre des vomissements. Chez

tous il y avait appétit vorace ; les téguments étaient pâles ; amaigrissement. Le traitement a varié suivant les causes, la durée et le caractère de la maladie. Lorsque la lienterie avait succédé à une inflammation chronique des intestins, on prescrivait avec avantage la potion suivante :

Nitrate d'argent	1/2 grain.
Décoction de guimauve	3 onces.
Sirop diacode	2 gros.

Mêlez. Une cuillerée à thé trois fois par jour ; plus tard une petite cuiller à bouche.

Gastro- et entéro-malacie. On a porté ce grave diagnostic chez trois enfants ; un seul est mort ; les deux autres, un garçon et une fille, de deux ans environ, se sont rétablis lentement. Les évacuations consistaient en flocons mucoso-séreux mêlés d'excréments ténus ; il y avait quelquefois des vomissements de même nature ; en outre, amaigrissement et affaiblissement rapides ; agitation ; soif extrême qui, avec l'absence de la fièvre, est le signe caractéristique de cette maladie. Le nitrate d'argent faisait le fond du traitement.

Revue des journaux italiens.

GAZZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICHE.

Du n° 1er au n° 13, 1845.

Sur une forme particulière de fièvre puerpérale ; par le docteur Pietro BIAGINI, de Pistoie. — L'auteur cherche à prouver dans ce mémoire que la fièvre puerpérale peut acquérir parfois, non-seulement le caractère de subcontinue pernicieuse, mais encore, ainsi que l'avait déjà noté l'illustre Fodéré, qu'elle peut en affecter les formes les plus rares. C'est alors que la quinine peut seule triompher du mal. Il fonde cette assertion sur le cas suivant :— Une femme avorta à près de quatre mois de grossesse. A la suite d'une hémorrhagie abondante, elle fut prise d'une fièvre puerpérale, d'abord continue, mais qui se changea ensuite en fièvre intermittente simple, puis enfin en *fièvre pernicieuse délirante amaurotique.* On parvint avec le citrate de quinine à guérir complètement cette malade, malgré plusieurs rechutes causées par la négligence qui avait été apportée dans l'administration de ce médicament.

Sur un sarcôme extraordinaire trouvé dans le cerveau ; par le même. — Cette production morbide fut trouvée dans le cerveau d'une dame de 36 ans, morte à la suite d'une longue maladie dont les principaux symptômes avaient été une difficulté à parler et une demi-paralysie du sentiment et du mouvement dans le côté droit du corps. Voici ce qu'on trouva à l'autopsie. L'hémisphère cérébral gauche contenait un sarcôme, de consistance ferme, criant sous le scalpel, gros comme une forte orange et pesant presque une livre ; il occupait toute la partie supérieure et centrale du lobe moyen gauche. Il était limité en dedans par la grande faux cérébrale ; en dehors, il plongeait dans le centre ovale de Vieussens jusque sous la voûte du ventricule latéral correspondant. Ce corps, qui adhérait en quelques points avec la pie-mère, était entouré d'une espèce de kyste ; le tout était renfermé dans une sorte de caverne formée par le retrait de la substance médullaire, laquelle était saine et libre d'adhérences. A sa partie supérieure, dans le point où la tumeur était recouverte de la pie-mère seulement, bon nombre de circonvolutions cérébrales manquaient, et étaient comme remplacées par des circonvolutions analogues dans la tumeur.

Cette observation est remarquable en ce que, chez la malade qui portait une si énorme tumeur dans les centres nerveux, on n'avait jamais observé de céphalalgie. L'intelligence était restée nette malgré la destruction des circonvolutions cérébrales dans une grande étendue. Les lobes antérieurs du cerveau se trouvèrent complètement sains quoique la malade eût perdu la mémoire et eût éprouvé de la difficulté à parler.

GIORNALE PER SERVIRE AI PROGRESSI, ETC.

Cure radicale des varices suivant la méthode de SIGMUND, chirurgien en chef du grand hôpital de Vienne. — La méthode qui nous est ici recommandée n'est qu'une modification de celle de M. Velpeau. Le docteur Sigmund soulève la veine malade et passe au-dessous une très fine aiguille à insectes dont la pointe et la tête restent en dehors de la peau. Lorsque les varices ne sont pas très étendues, il suffit de placer une épingle au-dessus et une au-dessous ; il en faut plusieurs si les nœuds variqueux sont plus étendus. Cela fait, l'auteur passe un fil autour de l'aiguille, mais sans le serrer, comme le conseille M. Velpeau, de peur d'interrompre trop subitement la circulation et d'occasionner ainsi une phlébite. Le membre est entouré d'un bandage roulé depuis le bout des pieds jusqu'au-dessus du point de la ligature et maintenu dans une position élevée. Au bout de deux jours, on commence à serrer graduellement le fil, et quand l'espèce de canal parcouru par l'aiguille est en pleine suppuration, on enlève celle-ci et on la remplace par un fil simple. Ce fil reste autour de la veine qu'il oblitère en en contenant les parois serrées fortement l'une contre l'autre jusqu'à ce que le vaisseau soit coupé. La cicatrisation est l'affaire d'un petit nombre de jours. L'auteur assure qu'il a employé ce procédé plus de cinquante fois avec succès et sans développer de phlébite.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA SOCIETA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO.

Observation d'hémiplégie intermittente ; par M. FRESCHI. — L'observation suivante nous paraît remarquable par l'habileté avec laquelle l'auteur a su saisir l'indication du fébrifuge, malgré les circonstances en apparence défavorables à son administration.

Obs. Un prêtre, âgé de 40 ans, adonné aux plaisirs de la table, court et corpulent, vif et facile à émouvoir, était sujet à des congestions cérébrales qui le forçaient de se faire saigner fréquemment. Il était, en outre, par suite d'une frayeur subite, devenu sujet à des accès d'épilepsie qui se renouvelaient chaque fois qu'il éprouvait une émotion violente. Ce fut dans cet état de surexcitation sanguine et nerveuse qu'il fut pris, le 8 janvier dernier dans la soirée, d'un accès de convulsions avec perte de connaissance et délire. Une forte saignée et des antispasmodiques firent cesser ces symptômes pendant la nuit, et le lendemain il ne lui resta que de la faiblesse. Mais le 10 au soir, à la suite d'une indigestion, il fut derechef pris de convulsions, puis d'une hémiplégie complète du côté gauche, avec difficulté de mouvoir la langue, douleur précordiale, pouls fort et plein, mais sans fièvre, plutôt lent que rapide. Deux saignées, des contro-stimulants et un lavement stibié parurent encore avoir raison de cet état, et le lendemain il n'y avait presque plus de paralysie. Tout alla bien ce jour-là : mais le lendemain, vers le soir, ils survint un nouvel accès avec suffocation imminente, spasme précordial, délire et retour de la paralysie du même côté pendant quatre heures; l'accès passé, les membres reprirent leur mobilité primitive; mais après quelques heures d'intervalle les mêmes symptômes reparurent.

M. Freschi, considérant que les accès avaient jusque-là affecté le type intermittent dans leur retour, administra le sulfate de quinine à la dose de 12 décigrammes en 12 pilules dont une à prendre toutes les heures. En même temps, il appliqua aux bras deux larges vésicatoires et 16 sangsues à l'épaule gauche. Sous l'influence du sulfate de quinine, que l'on continua plusieurs jours, les accès diminuèrent rapidement de durée et de force. Au bout d'une semaine, la maladie se trouva vaincue.

L'OSSERVATORE MEDICO.

(Numéros du 1er et du 15 septembre 1845.)

De l'arséniate de quinine; de son usage thérapeutique dans les récidives de fièvres intermittentes; par le docteur Francesco Bertoloni da Patti. — La découverte et la composition de ce sel sont dus à Berzelius. Il se distingue du sulfate de quinine par beaucoup de caractères, surtout par l'odeur d'ail qu'il répand étant projeté sur des charbons ardents, et par le précipité blanc-roussâtre d'abord, puis couleur de tabac, qu'il fournit lorsqu'on le traite par le nitrate d'argent.

L'auteur en a essayé l'emploi dans les fièvres intermittentes rebelles. Il s'est déterminé à en faire usage par cette considération que l'arsenic blanc ou acide arsenieux obtient, à des doses presque homœopathiques, le plus grand succès contre les fièvres en état de récidive. Ses expériences personnelles sur l'emploi de l'arséniate de quinine l'ont porté à établir les propositions suivantes :

1° Il suffit d'un seul grain de ce sel pour couper les fièvres récidivées les plus opiniâtres.

2° L'usage de l'arséniate de quinine guérit non-seulement la fièvre, mais il dissipe les engorgements glandulaires dans la plupart des cas.

3° Il est d'une innocuité complète à la dose de 1/3 de grain administré en une seule fois dans l'estomac; il est plus prudent cependant de n'en employer qu'un douzième à la fois.

4° Sur cent et quelques individus affligés de fièvre tierce, quelques-uns pour la sixième fois, l'auteur en a guéri plus de quatre-vingt-dix.

Le docteur Bertoloni ne croit pas qu'il soit aussi sûr ni aussi avantageux d'employer l'acide arsenieux ni l'arséniate de potasse, tandis qu'avec l'arséniate de quinine il a obtenu des succès aussi étonnants par leur rapidité que par leur constance. Si chez quelques malades la fièvre intermittente a encore récidivé, on ne peut l'attribuer qu'à la vie déréglée menée par les malades avant leur entière guérison.

GAZZETTA MEDICA DI MILANO.

Du sulfate de quinine dans les maladies chirurgicales; par M. Poma. — Sous ce titre l'auteur rapporte deux observations qui, prises isolément, n'auraient qu'un importance fort médiocre, mais dont le rapprochement n'est pas sans intérêt. — Deux hommes, âgés, l'un de 35, l'autre de 40 ans, habituellement bien portants, se présentèrent presque en même temps à l'hôpital pour être traités d'une douleur au testicule, survenue à la suite d'une contusion reçue sur cette partie. Le testicule n'avait que peu augmenté de volume; il n'y avait d'ailleurs pas de fièvre. Pour calmer la douleur locale, on fit une saignée, une application de sangsues et de topiques émollients. Une amélioration marquée eut lieu la nuit suivante, mais le lendemain la douleur revint au même degré. Les évacuations sanguines furent répétées trois fois de suite chez l'un de ces malades et deux fois chez l'autre; elle n'apaisèrent jamais la douleur que pour une nuit. le lendemain celle-ci reparaissait avec toute son intensité. On donna alors le sulfate de quinine à la dose de 12 décigrammes à prendre dans l'intervalle des douleurs. Elles furent alors arrêtées sans retour chez chacun de ces malades.

Revue des journaux anglais.

DUBLIN MEDICAL PRESS.

Rétinite aiguë occasionnée par l'usage du microscope; par M. W. Cooper. — Le cas suivant est très intéressant en ce qu'il peut servir de leçon à ceux qui s'adonnent trop démesurément aux travaux du microscope et en ce qu'il nous offre un exemple de rétinite aiguë simple, sans inflammation d'autres parties de l'œil, ce qui est fort rare.

Obs. Un homme, connu par ses laborieuses recherches

microscopiques, disséquait, en mars 1844, les nerfs de la langue sous un grossissement très grand, exposé aux rayons solaires qui venaient, de temps à autre, percer à travers les nuages. Ces nerfs isolés offraient une blancheur éblouissante. Tout-à-coup le soleil, se dégageant des nuages qui l'obscurcissaient, apparut dans tout son éclat; l'investigateur éprouva au même instant dans l'œil une douleur tellement aiguë qu'il se jeta en arrière en poussant un cri. Il fut forcé d'interrompre son travail; pendant plusieurs minutes la vue resta abolie dans cet œil qui gardait l'impression de l'image solaire, bien que les paupières fussent closes. Au bout de vingt minutes il se remit à disséquer en se servant de l'autre œil. Le lendemain la douleur avait cessé, et le malade se servit de nouveau de l'œil qui avait été affecté la veille. Un rayon de soleil vint encore le frapper et provoqua de cette fois une douleur bien plus intense et bien plus durable. Le jour suivant, les symptômes s'aggravèrent : photophobie, épiphora, contraction pupillaire, sentiment de plénitude du globe oculaire, conjonctive injectée, pouls faible, moral abattu. Le spectre lumineux apparaissait dès que les paupières étaient entr'ouvertes. Les applications froides furent sans effet. M. Cooper fit alors placer le malade dans une chambre obscure, et prescrivit des pilules purgatives avec une application de douze sangsues autour de l'œil. Le troisième jour il y eut de l'amélioration. Onguent mercuriel opiacé en frictions sur le sourcil; calomel et ciguë à l'intérieur; émétique à doses réfractées. Le mercure fut continué le jour suivant. Ce ne fut qu'au bout d'une semaine que le malade put se servir de l'œil affecté.

PROVINCIAL MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

(Numéro du 18 décembre 1844.)

Du chlorure de chaux dans la gonorrhée et dans l'ophthalmie purulente; par le docteur RADCLYFFE-HALL. — L'auteur pense que le chlorure de chaux a pour effet non-seulement de diminuer l'action inflammatoire qui entretient la sécrétion, mais encore d'ôter à celle-ci ses propriétés contagieuses. A la première période de la gonorrhée, une ou deux injections de solution saturée de chlorure de chaux suffisent pour arrêter la maladie. A un degré plus avancé, lorsque la sécrétion est purulente et avec complication de douleurs vives, plusieurs injections sont nécessaires. Ces injections causent bien quelque douleur, mais celle-ci est de courte durée. Le nombre des injections doit dépendre de l'ancienneté de la maladie. Il n'y a pas le moindre inconvénient à employer une forte injection, même à l'état aigu; on emploie en même temps de doux apéritifs, le tartre antimonié et l'opium à l'intérieur; on fait souvent laver l'urèthre dans une légère solution d'acétate de plomb et de sulfate de zinc mêlés ensemble de manière à se décomposer l'un l'autre. Quand la maladie est subaiguë, que la sécrétion est purulente et a lieu chez des individus sujets aux chaudepisses, le copahu et le cubèbe sont indiqués, mais l'injection est encore un bon adjuvant. Dans les cas de sécrétion sanieuse, une seule injection de chlorure de chaux a quelquefois suffi pour amener la guérison alors que toutes les autres sortes d'injections avaient échoué; plus souvent il a fallu un certain nombre d'injections. Il est un petit nombre de cas où le chlorure échoue tout-à-fait, mais alors aucune médication de ce genre ne réussit; la maladie dans ces circonstances a cédé à l'usage des bougies, ou bien elle a duré jusqu'à ce que le malade prît une nouvelle chaudepisse, ou bien elle s'est usée d'elle-même sous l'influence d'une amélioration générale.

— Le même médecin s'est également bien trouvé du chlorure de chaux dans l'ophthalmie purulente, tant chez l'adulte que chez l'enfant. On dégage les deux paupières l'une de l'autre, on entraîne les matières avec une éponge fine, puis on barbouille à plusieurs reprises la cornée avec un pinceau trempé plusieurs fois dans une forte solution de chlorure de chaux. Il n'y a pas plus de douleur à en user largement pendant qu'on y est, et l'effet est bien plus avantageux que lorsqu'on y va avec timidité. Pendant une demi-heure et plus, la douleur est cuisante; les paupières, déjà œdémateuses, se gonflent encore plus; quelques heures après il sort des paupières une sécrétion séreuse et la tuméfaction diminue. La sécrétion augmente ensuite de consistance; mais au bout de deux ou trois applications de chlorure elle diminue de quantité et perd sa couleur jaunâtre; peu à peu le malade arrive à pouvoir ouvrir les yeux sans être obligé d'y porter les doigts. On les tient propres en les lavant avec de l'eau chaude. On ne doit jamais laisser la matière s'amasser sous la paupière supérieure. Les applications de solution concentrée de chlorure de chaux sont répétées toutes les vingt-quatre heures jusqu'à ce que la sécrétion cesse d'être puriforme. Il n'est pas nécessaire de faire d'autre traitement concomitant. La durée du traitement varie de quatre jours à un mois.

LONDON AND EDINBURGH MONTHLY JOURNAL.

(Numéro de mai 1845.)

Sur le bruit de frottement abdominal considéré comme signe de la péritonite; par le docteur Robert SPITTAL. — On a attribué sans trop de fondement à Laënnec la découverte de ce nouveau signe diagnostique. MM. Beatty, Corrigan et Hokes s'en sont particulièrement occupés en Angleterre. En 1844, M. Desprez en a fait le sujet de sa thèse inaugurale. Le docteur Spittal vient enfin de publier deux nouvelles observations sur ce sujet, et de l'examen des quinze faits qui sont actuellement connus il a déduit des notions générales sur le mécanisme et la valeur séméiologique de ce phénomène.

OBS. 1. — Un tailleur, âgé de 31 ans, entra, au commencement de novembre 1841, à l'infirmerie royale

d'Edimbourg, présentant tous les signes généraux et locaux d'une phthisie pulmonaire. Le 21 janvier 1842, il se déclara chez lui une péritonite subaigüe. Douleur abdominale augmentant par la pression, accélération du pouls et chaleur à la peau. Le 10 février, le ventre était volumineux, parfois distendu par des gaz, et il offrait à sa partie déclive une fluctuation des plus évidentes : douleur à la pression, particulièrement au niveau de l'épigastre. Le 17 février, la fluctuation avait diminué dans l'abdomen; cependant le météorisme était encore considérable; dans la journée, il diminua notablement de volume, et on commença à percevoir à la partie supérieure de l'abdomen, et plus particulièrement à la région ombilicale, *un bruit de craquement continu*, semblable à celui que produit l'agitation des feuilles, bruit de craquement *variant beaucoup en intensité et souvent mêlé de borborygmes*. Le 19, ce bruit avait un peu diminué d'intensité à la région ombilicale, mais on le percevait encore distinctement dans tout l'abdomen, et il était encore très fort dans certains points. Ces phénomènes ne se présentaient pas dans les points où il y avait de la fluctuation; mais, aussitôt que le malade s'inclinait d'un côté ou de l'autre, ils reparaissaient dans les points que le liquide avait abandonnés. Le 21, le bruit de craquement et le frémissement n'existaient plus. Le 23, on put percevoir de temps en temps un léger bruit de craquement, et, vers les fausses côtes du côté gauche, un bruit plus prononcé analogue au précédent, mais plus intense et coïncidant avec les mouvements respiratoires. Le malade mourut le même jour.

A l'*autopsie*, on trouva les diverses lésions de la phthisie pulmonaire. — La cavité péritonéale renfermait quatre pintes de sérosité claire et verdâtre dans laquelle nageaient de nombreux grumeaux de lymphe plastique. Le péritoine viscéral et le mésentère étaient couverts çà et là de fausses membranes minces et molles, d'une couleur jaune brunâtre. Le feuillet du péritoine qui se trouve en contact avec les parois antérieure et supérieure de l'abdomen était fortement injecté de sang. Le foie, d'une couleur rouge foncé, présentait une disposition granuleuse.

Obs. 2. — Un laboureur, âgé de 40 ans, entra à l'infirmerie royale le 19 décembre 1844. Il se plaignait d'une douleur assez violente dans l'hypochondre gauche, douleur s'irradiant de l'autre côté et jusque dans la poitrine, s'accompagnant en outre de dyspnée, de toux et d'expectoration. Le 21, il se disait mieux ; cependant il y avait encore de la douleur augmentant par la pression et par la toux. On percevait, en outre, dans le point de la poitrine qui était le siége de la douleur, un bruit de frottement qui cessait d'être entendu vers la partie la plus inférieure de cette région. Le lendemain, l'auscultation pratiquée avec le stéthoscope fit entendre un bruit de frottement double, isochrone avec l'inspiration et avec l'expiration, et qui avait tous les caractères du bruit de cuir neuf. Le malade mourut le lendemain.

A l'*autopsie*, on trouva de nombreux tubercules au sommet des deux poumons. Une once de pus environ se trouve contenue dans une cavité interceptée entre la portion antérieure et latérale gauche du diaphragme, l'extrémité supérieure de la rate et la grosse tubérosité de l'estomac. Dans toute l'étendue de cette cavité, les organes qui contribuaient à la former étaient tapissés par une couche récente de lymphe plastique qui les réunissait les uns aux autres.

Voici les principales conclusions qui terminent ce travail :

1° Le bruit de frottement abdominal peut être produit par trois mécanismes différents: 1° par les mouvements respiratoires; 2° par les mouvements artificiels des parties les unes sur les autres, principalement ceux qui sont déterminés par la pression avec la main; 3° par les mouvements péristaltiques du canal intestinal.

2° La cause immédiate du bruit de frottement réside dans l'application et le glissement l'une sur l'autre de deux surfaces intestinales altérées. La sécheresse des deux feuillets au premier degré de l'inflammation est, suivant l'auteur, une cause suffisante du bruit de frottement.

3° Plus les surfaces en contact sont lisses, plus ce bruit est faible; il cesse même dès qu'un liquide se trouve intercepté entre elles; mais il se reproduit dès que le changement de position amène le retrait de ce liquide.

4° Il est actuellement impossible de rattacher tel ou tel timbre du bruit de frottement à telle ou telle altération du péritoine.

5° Quoique le bruit de frottement ne prouve pas l'existence d'adhérence entre les deux feuillets péritonéaux, il n'est pas impossible cependant que celles-ci soient assez récentes, assez molles et assez extensibles pour permettre des glissements qui donnent naissance au bruit de frottement.

6° Les bruits de frottement qui sont dus aux mouvements respiratoires se manifestent à la partie supérieure de la cavité abdominale. On peut les considérer comme indiquant une inflammation qui a son siége sur un organe ou sur une tumeur solides. Les bruits qui sont déterminés d'une manière artificielle se perçoivent dans tous les points, quel que soit le siége de l'inflammation. Les bruits causés par les mouvements péristaltiques indiquent que l'intestin est affecté d'inflammation dans le point correspondant. Dans les cas où le premier de ces bruits pourrait être confondu avec le bruit de frottement pleural, la présence à un certain degré des vibrations péristaltiques suffirait pour faire établir le diagnostic.

Revue pharmaceutique et formules.

Journal de pharmacie.

Emploi de l'iode pour faire disparaître les paillettes de fer fixées dans l'épaisseur de la cornée ; par le docteur Reiniger. — Obs. Un coutelier avait reçu dans l'œil, en travaillant, une paillette de fer qui s'était fixée dans l'épaisseur de la cornée. On chercha inutilement à l'extraire avec une pince et une petite aiguille. Huit jours après, l'œil était très rouge, la vision affaiblie ; le malade se plaignait de ressentir des picotements et de la chaleur ; le fragment d'acier se reconnaissait aisément à son poli. Après avoir tenté inutilement divers moyens préconisés en pareille circonstance, M. Reiniger prescrivit le collyre suivant :

Pr.	Iode	0,05
	Iodure de potassium	0,50
	Eau de roses	100,00
	M. et F. D. S. A.	

Dès la première application du collyre, la paille d'acier s'oxyda et son brillant disparut. Bientôt les symptômes de l'ophthalmie s'amendèrent, et, en continuant l'usage du remède, le malade recouvra parfaitement la vue. Il ne resta plus enfin qu'un fragment microscopique de métal.

Le procédé employé dans ce cas, et qui a pour but de transformer le fer en iodure soluble de ce métal, est très ingénieux et de beaucoup préférable à l'emploi d'un collyre contenant de l'acide acétique étendu.

(*Numéro de juin* 1845.)

FORMULES DIVERSES.

Pommade contre le prurigo ordinaire.

(Debreyne.)

Pr.	Poix liquide	8,00
	Camphre	2,60
	Axonge	30,00
	M. S. A.	

Se frictionner matin et soir avec cette pommade.

Savon d'iodure de potassium.

(Haeuster, de Sobernheim.)

Pr.	Savon animal	24 grammes.
	Esprit de vin	315 —
	Iodure de potassium	44 —

Faites dissoudre dans un vase de verre et filtrez.

Ce savon remplit parfaitement les indications de la pommade iodurée, et lui est, selon l'auteur, bien préférable sous le rapport de la facilité de sa conservation. Il est bon toutefois, pour le préserver plus sûrement encore contre toute chance d'altération, de verser la solution encore chaude dans des flacons que l'on remplit bien et que l'on bouche ensuite hermétiquement.

Formules anthelmintiques.

Le professeur Plung, de Bâle, se loue beaucoup de l'emploi des lavements d'aloès contre les ascarides du gros intestin. Voici sa formule :

Pr. aloès 4 grammes.

Mucilage de gomme arabique, Q.S. pour faire des pilules de 20 centigrammes que l'on conserve dans de la poudre de lycopode.

On fait fondre une de ces pilules dans de l'eau que l'on injecte ensuite dans le rectum.

— Le docteur Calloud a employé plus de cent fois avec succès la formule suivante chez des enfants tourmentés par les strongles.

Pr.	poudre de santonine	4 grammes.
	Sucre blanc pulvérisé	160 —
	Gomme adragant.	2 1/2 —

Faites une masse que vous diviserez en bols n° 144.

Chaque bol contient 2 à 3 centigrammes de santonine. On en fait prendre de 2 à 20 par jour suivant l'âge des enfants.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 *septembre* 1845.

Etiologie de la fièvre intermittente.—M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lavieille, relatif à la nature de la cause qui produit la fièvre intermittente. L'auteur nie l'influence des miasmes marécageux. C'est au froid humide tout seul qu'il rapporte la production des fièvres intermittentes. La commission, tout en stipulant ses réserves sur les opinions un peu trop absolues de l'auteur, loue la logique et la sagacité dont ce travail fait preuve Elle en propose le renvoi au comité de publication.

M. Dubois (d'Amiens) se plaint que le raporteur n'ait pas fait un peu plus sentir tout ce qu'il y a de paradoxal à nier les miasmes.

M. Bricheteau : Vous accusez l'auteur de soutenir un paradoxe, soit ; mais ce paradoxe est bien soutenu.

M. Rochoux ne voit rien de logique dans ce travail et trouve qu'il ne mérite pas l'honneur qu'on veut lui faire.

M. Gérardin adopte les conclusions du rapport, car il trouve le travail de M. Lavieille fort important, et croit avec lui que les brusques variations atmosphériques sont une des causes les plus puissantes des fièvres d'accès. Un médecin de Rome a prouvé qu'elles étaient dues bien plus à ce que les habitants s'exposaient à l'air froid du soir et de la nuit qu'à aucune cause miasmatique.

M. Collineau : Avant 1812 on ne voyait pas de fièvres intermittentes à Paris. A cette époque on creusa le canal, et cette maladie devint fréquente.

M. Velpeau : Je ne conçois pas, en vérité, qu'on puisse nier l'influence des effluves marécageux. J'ai eu le malheur ou le bonheur d'habiter pendant trois ans un lieu situé près des eaux stagnantes, je veux dire l'hôpital de Tours, bâti sur le canal qui unit la Cher à la Loire. Eh bien ! tous les habitants du bord de ce canal étaient atteints de fièvre intermittente; dans l'hôpital il y avait deux à trois cents fiévreux, et M. Bretonneau ne manquait pas de nous signaler la différence qui existait entre l'état sanitaire de ce quartier et celui des autres quartiers. Du reste, que les effluves marécageux ne soient pas la seule cause des fièvres d'accès, personne ne nie cela.

M. Gaultier (de Claubry) insiste sur l'influence des miasmes marécageux, et, par cela seul que l'auteur du mémoire les nie, il s'oppose à ce qu'on renvoie ce travail au comité de publication.

M. Bégin : Partout où nos soldats ont été employés à de grands travaux de creusement, de remuement de terres, la fièvre intermittente est survenue, et cela dans des climats qui n'étaient ni froids ni humides.

La discussion close, les conclusions sont mises aux voix et adoptées, malgré l'amendement contraire de M. Gaultier de Claubry.

Séance du 23 septembre.

Etiologie des fièvres intermittentes.—M. Gérardin demande la parole pour quelques rectifications au procès-verbal. Il produit quelques documents nouveaux relatifs à la question de l'influence des marais sur la production des fièvres intermittentes, tendant à confirmer l'opinion qu'il a émise dans la séance précédente, savoir, que l'influence des marais, et en particulier celle des Marais-Pontins, est beaucoup moins active et beaucoup moins évidente qu'on n'est généralement porté à le croire. Il cite à l'appui l'opinion d'un médecin italien, le docteur Mattei, qui a vivement combattu les idées admises jusqu'à ce jour sur ce sujet.

M. Desportes parle dans le sens de M. Gérardin. On a eu beau combler et dessécher les marais de la Toscane, les fièvres y règnent avec la même intensité qu'autrefois.

Anomalie des organes génitaux.—M. Huguier met sous les yeux de l'Académie les pièces anatomiques d'un enfant mort-né qui présentait une anomalie des parties sexuelles telle qu'il était extrêmement difficile d'en préciser le sexe. Les organes génitaux, au premier aperçu, présentaient les apparences du sexe féminin; mais un examen plus attentif faisait bientôt naître le doute. En effet, le clitoris était bien développé et pouvait passer pour un pénis; il n'y avait ni nymphes, ni membrane hymen. Au-dessous de cette espèce de pénis, terminé par un petit gland, on voyait un petit pertuis pris d'abord pour une vulve, mais qui pouvait bien n'être autre chose que l'urèthre. De chaque côté de ce pertuis étaient deux grandes lèvres très développées que l'on pouvait prendre pour des bourses. Elles ne contenaient point de testicules, il est vrai, mais les testicules auraient pu rester contenus dans l'abdomen ; enfin le périnée avait la longueur qu'il a habituellement chez les petits garçons; de sorte que M. Huguier, était, en définitive, dans la plus grande indécision. Mais l'autopsie leva tous les doutes en faisant voir un utérus.

M. Huguier présente, en outre, le dessin d'un vagin double aboutissant à un utérus double. La femme qui présente cette anomalie a été fécondée ; mais la gestation ne s'est opérée que dans l'utérus du côté gauche. On a fait cette singulière remarque que, pendant tout le temps de la gestation, les phénomènes sympathiques ne se sont manifestés que du côté gauche. Ainsi la mamelle droite s'est seule gonflée.

Séance du 30 septembre.

Etiologie des fièvres intermittentes.—M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles, adresse une nouvelle communication à l'occasion de la reproduction récente à l'Académie de l'hypothèse qui attribue au froid humide l'origine des fièvres paludéennes. Selon lui, il est évident que l'on perd de vue plusieurs faits de géographie médicale qui ne laissent aucune prise à cette opinion. J'ai vu, dit-il, un grand nombre de militaires venant *en santé* des marais de la Corse, de la Morée, de l'Algérie, du Sénégal, présenter des fièvres pernicieuses, trois mois, et des fièvres paludéennes simples, dix-huit mois, après leur débarquement à Marseille. Le froid humide, le chaud, qui étaient quelquefois l'occasion de ces manifestations paludéennes, insolites pour Marseille, produisaient chez l'habitant ou dans les régiments venus de Lyon ou d'Avignon des maladies inflammatoires, des rhumatismes, devenaient même parfois l'occasion de fièvres typhoïdes; mais jamais ils ne produisaient chez ces derniers des accidents à cachet marécageux.

M. Boudin rapporte divers faits déjà bien connus qui prouvent l'influence pernicieuse de l'usage des eaux prises dans des marais stagnants. Voici le plus récent de ces faits :

Dernièrement les eaux de Trou-Salé sont dirigées sur un des quartiers de Versailles, et une dysenterie grave avec paroxysmes périodiques s'y déclare. Les habitants des autres quartiers, buveurs d'eau de Seine, sont épargnés. On court au Trou-Salé, et l'on y trouve des pêcheurs qui remuaient avec leurs filets les vases de l'étang. Défense leur fut faite de continuer ; l'eau des étangs d'ailleurs est remplacée par l'eau de Seine; la dysenterie cesse.

L'auteur livre ces faits à la méditation de ceux qui, en opposition avec la théorie de l'intoxication, pourraient conserver quelque propension en faveur de l'hypothèse du froid humide. Il croit inutile de rappeler ici et la coïncidence des fièvres intermittentes avec la saison de l'année où le froid humide est le moins prononcé, et l'immunité des marins

subissant l'influence isolée du froid humide de la pleine mer.

Luxation des poignets. — M. Bégin lit un rapport sur plusieurs observations relatives à divers sujets de chirurgie, communiquées à l'Académie par M. Bouygues. L'une de ces observations est relative à un cas de fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, compliquant une luxation du coude. Les autres sont désignées sous le titre de luxations du poignet; il s'agit de luxations en arrière. M. le rapporteur pense que les faits présentés par l'auteur comme des cas de luxation étaient des cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius. Conclusions : lettre de remercîment à l'auteur ; dépôt de son mémoire aux archives.

M. Velpeau fait observer à cette occasion que tous les cas donnés jusqu'ici comme des luxations du poignet sont des cas de fracture.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Des hydarthroses scapulo-humérales; de l'injection iodée. M. Jules Roux, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine navale de Toulon, lit un mémoire sur ce sujet.

M. J. Roux se plaint que les auteurs les plus récents, voire même M. Bonnet de Lyon, aient toujours pris pour type de leurs descriptions l'hydarthrose du genou, en ne faisant qu'indiquer celles de l'épaule et de la hanche. Celles-ci ont cependant des caractères spéciaux, tels que l'allongement extra-capsulaire que les synoviales envoient aux tendons de certains muscles ; la distension des muscles qui les recouvrent ; leur flaccidité après l'évacuation du liquide épanché ; l'action de ceux-ci sur la direction que prennent les membres ; enfin leur aptitude à se contracter régulièrement. L'auteur termine la première partie de son travail par les conclusions suivantes : 1° dans les hydarthroses enarthrodiales le liquide épanché distend non-seulement la séreuse articulaire, mais encore ses expansions extra-capsulaires ; 2° dans l'hydarthrose coxo-fémorale, c'est à l'extérieur de l'articulation, en haut et en dehors, que la fluctuation doit être perçue avec le plus de facilité ; 3° l'hydarthrose peut affecter isolément les expansions extra-articulaires synoviales ; 4° enfin, dans les hydarthroses enarthrodiales surtout, les muscles éprouvent des altérations d'où peuvent en partie dépendre l'allongement des expansions extra-capsulaires, la direction que prend le membre affecté et la difficulté ou l'impossibilité des mouvements.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. J. Roux passe en revue les moyens curatifs que la science possédait contre l'hydarthrose avant 1838, et ceux qui ont été proposés depuis cette époque. L'écueil principal que l'on rencontre est pour la cure des hydarthroses chroniques. M. le docteur Gimelle a proposé l'émétique et il a signalé de nombreux succès; méthode précieuse, si, comme l'indique son auteur, elle triomphe de toutes les hydropisies articulaires quelles qu'en soient la cause, la nature et le siége.

M. J Guérin a proposé le premier la ponction par la méthode sous-cutanée, l'évacuation du liquide et les scarifications des membranes séreuses. M. Goyrand, d'Aix, ponctionne la séreuse par la même méthode et laisse le liquide s'épancher dans le tissu cellulaire ; il exerce ensuite la compression sur l'articulation malade.

MM. Velpeau et Bonnet ont injecté de la teinture d'iode pure ou étendue d'eau ; ils ont enregistré leurs opérations et leurs succès. Tout le monde ne partage cependant pas le sentiment de M. Velpeau sur l'innocuité des injections iodées. L'observation qui termine le mémoire de M. Roux, tout en faisant connaître un nouveau succès des injections iodées, est loin cependant de les justifier de tout soupçon à cet égard.

Cette observation est relative à un cultivateur atteint d'une hydarthrose scapulo-humérale des plus volumineuses, qui avait résisté à tous les traitements. M. J. Roux ayant reconnu que la maladie affectait non-seulement la séreuse articulaire, mais encore les trois expansions extra-articulaires qu'elle envoie aux tendons de la longue portion du biceps brachial, du sous-épineux et du sous-scapulaire, fit une ponction sous-cutanée dans la fosse sous-épineuse gauche, avec l'instrument et par la méthode de M. J. Guérin ; il retira 500 grammes de synovie et exerça une compression exacte durant quinze jours. Cette opération ne produisit aucun accident, mais elle n'empêcha pas que l'hydarthrose se reproduisît aussi volumineuse qu'auparavant. Alors M. J. Roux fit une autre ponction sous-cutanée et injecta de l'eau iodée. Il y eut pendant trente-six heures de vives douleurs dans l'articulation malade, de l'insomnie, de l'agitation, de la fièvre. Des cataplasmes émollients calment cet état. Mais les jours suivants une inflammation phlegmoneuse se développe dans la fosse sous-épineuse, dans le creux axillaire et au-dessus du tendon du muscle deltoïde. Trois incisions donnent issue à un fluide séreux mêlé de pus, de sang et de flocons albumineux. Au bout d'un mois, ces plaies se cicatrisèrent ; mais bientôt une nouvelle inflammation survint dans les mêmes points et nécessita encore trois incisions qui apportèrent toujours du soulagement au malade. Enfin, des sangsues et ensuite un vésicatoire furent appliqués sur le moignon de l'épaule. L'auteur fait remarquer que probablement l'inflammation suppurative n'a jamais atteint la séreuse articulaire, qu'elle est restée circonscrite dans ses trois expansions extra-capsulaires, qu'un fluide plastique avait séparé l'articulation de ses prolongements. D'ailleurs le malade a fini par guérir non-seulement sans ankylose, mais en conservant presque tous les mouvements du bras.

Cet intéressant mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Espiaud, Baffos et Velpeau.

Séance du 7 octobre.

Correspondants étrangers. — M. PARISET lit, au nom de la commission des correspondants étrangers, un rapport ayant pour objet de fixer le nombre des candidats qui devront être portés sur la liste de présentation pour la prochaine élection. La commission propose de fixer ce nombre à 40. (Adopté sans discussion.)

Police sanitaire. — M. KÉRAUDREN lit, sur l'importation des maladies dans les ports, un mémoire dans lequel il se propose de répondre à la question suivante : Quelles sont les maladies contre lesquelles il peut être utile de prendre des précautions? La peste et le typhus sont, selon lui, les deux seules maladies dont l'importation est à craindre et contre lesquelles il est nécessaire d'employer des mesures préservatrices. Ces mesures sont inutiles à l'égard de la fièvre jaune et du choléra. — Ce travail est renvoyé au comité de publication.

Paralysie de la troisième paire de nerfs crâniens consécutive à une névralgie de la cinquième. — M MARCHAL (de Calvi) lit sous ce titre un mémoire fondé sur cinq cas par lui observés. Le sujet de la première observation a présenté une diplopie indépendante d'une déviation du globe oculaire et qui cessait par la compression du nerf frontal externe, vis-à-vis l'échancrure sus-orbitaire. Le second, outre la succession de la paralysie à la névralgie, offre ceci de particulier que cette dernière était traumatique et liée à une cicatrice adhérente de la région frontale. Le cinquième cas est un exemple de névralgie traumatique.

Il se révèle dans ces observations un fait nouveau, savoir : la possibilité de la déviation de l'œil en dedans, en même temps que la paupière supérieure tombe ou est tombée, ce qui revient à dire que l'un des filets de la troisième paire peut être surexcité tandis que l'autre est paralysé; de même que, dans un nerf sensible, un rameau peut être douloureux tandis que l'autre reste insensible.

M. Marchal explique la production de la paralysie consécutivement à la névralgie par la transmission réflexe de l'action morbide des rameaux de la cinquième paire du ganglion ophthalmique, et de celui-ci, par sa racine motrice, à la troisième paire. L'auteur pense que cette hypothèse, appliquée à tous les ganglions, rendrait compte d'une foule de phénomènes morbides jusqu'à ce jour inexpliqués. Elle s'adapte parfaitement d'ailleurs aux ganglions nerveux : ainsi le ganglion ophthalmique présiderait aux rapports entre la rétine et l'iris. Averti des vicissitudes de la sensibilité dans la première de ces membranes par les filets qu'il lui envoie, il réagirait sur les filets moteurs iriens pour accommoder la pupille au degré de sensibilité de la rétine, et sur le nerf oculaire commun par sa racine motrice. Ce nerf, à son tour, règlerait en conséquence l'action des trois muscles droits qu'il anime.

Séance du 14 octobre.

M. COLLINEAU fait, en son nom et en celui de MM. Ferrus et Fabret, un rapport sur un mémoire de M. DELASIAUVE, lequel a pour titre : *Considérations théoriques sur l'aliénation mentale.*

Les opinions de M. Delasiauve peuvent se formuler dans les propositions suivantes, savoir : que l'état morbide peut avoir sa cause dans l'organe lui-même, dans ses altérations de texture, dans sa vitalité ou dans les agents qui le font mouvoir, qui déterminent ses fonctions anormales, et que, les idées étant le stimulant naturel pour le cerveau, leur exaltation ou leur altération peut troubler primitivement les fonctions de cet organe sans léser sensiblement sa texture, de même que des changements, des modifications, des altérations de tissus ou de vitalité peuvent déterminer des affections mentales par défaut de rapport et d'équilibre; mais toujours avec cette condition, toute d'observation et de pratique, que, dans tous les cas, les états morbides présentent des caractères divers et relatifs aux causes qui les ont fait naître.

La commission, dit en terminant M. le rapporteur, a cru devoir s'abstenir de toute discussion sur les parties systématiques de ce travail. Elle propose pour conclusion le dépôt du mémoire de M. Delasiauve dans les archives, son insertion dans le Bulletin et des remercîments à l'auteur.

M. ROCHOUX considère la théorie de M. Delasiauve comme entièrement contradictoire aux faits. Puisque le cerveau dans l'état sain produit la pensée, dit-il, c'est à une altération du cerveau qu'il faut attribuer l'aliénation, sans qu'on sache comment.

M. CASTEL : La question soulevée par le travail de M. Delasiauve est trop importante pour être discutée ainsi en passant. Il devra être fait prochainement un rapport sur le mémoire de M. Belhomme qui soutient une thèse entièrement opposée à celle de M. Delasiauve, et ce sera alors le moment de discuter. Je me réserve de démontrer à cette occasion qu'il y a ignorance complète des attributs du cerveau à soutenir que tous les genres de folie ne sont que des produits d'altérations matérielles.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La séance du 22 septembre a été consacrée à des objets étrangers aux sciences médicales.

Séance du 29 septembre 1845.

Constitution du lait des carnivores; par M. DUMAS. — Le lait des animaux herbivores renferme toujours, mais en proportions variables, les quatre ordres de matières qui font partie de tous leurs aliments, c'est-à-dire les matières albumineuses représentées par le caséum, les matières grasses représentées par le beurre, les matières sucrées représentées par

le sucre de lait, enfin les sels de diverse nature qui existent dans tous les tissus et tous les liquides animaux.

Dans le lait des carnivores, autant qu'on peut en juger, l'un de ces produits, le sucre de lait, disparaît, et l'aliment du jeune carnivore, réduit ainsi à renfermer des matières albuminoïdes, grasses et salines, se trouve ramené à la constitution de la viande elle-même. Mais les expériences dont M. Dumas soumet le résultat à l'Académie font voir que si en effet le sucre de lait ne peut pas être décelé dans le lait des carnivores, on parvient, sans aucun doute, à l'y retrouver quand on ajoute du pain aux aliments de ces mêmes animaux. Ces expériences ont été faites sur des chiennes, au nombre de cinq.

De ces expériences que nous ne pouvons rapporter ici à cause des longs détails dans lesquels elles nous entraîneraient, M. Dumas pense qu'on ne peut pas conclure d'une manière rigoureuse à l'impossibilité de la formation du sucre de lait lorsque les aliments ingérés ne contiennent pas de fécule; car, bien que les analyses ne lui aient jamais fait découvrir de sucre dans ces conditions, les expériences faites dans le but de constater l'absence absolue de ce sucre sont délicates. L'auteur se propose, d'ailleurs, de reprendre une série d'expériences dans cette direction, en opérant dans des directions particulières.

Mais on peut, pour le moment, conclure avec certitude que le lait de chienne peut contenir du sucre de lait identique avec celui des herbivores, quoique toujours en moindre proportion.

La présence du sucre de lait paraît liée à la présence du pain dans les aliments de l'animal.

L'alimentation à la viande pure donne un lait dans lequel l'analyse n'a pas permis jusqu'ici de découvrir le sucre de lait.

Si ces résultats sont confirmés par de nouvelles recherches, on arrivera à reconnaître quelque différence importante dans la nature des principes du lait dans une femelle herbivore soumise à une alimentation insuffisante, circonstance où elle se rapproche d'une femelle carnivore, puisqu'elle emprunte les matériaux de son lait à son sang ou à ses propres tissus.

Cancer du genou. — M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, communique à l'Académie l'observation d'un cancer au genou vainement combattu à sept reprises différentes par l'instrument tranchant combiné à divers modes de cautérisation, et dont il a obtenu la guérison en se servant d'un large lambeau anaplastique emprunté aux téguments de la jambe et mis en rapport avec la plaie résultant d'une dernière ablation du cancer. La vaste perte de substance résultant du cancer a été comblée par des téguments complètement sains dont la présence a dû modifier la vitalité morbide des tissus en contact.

M. Sédillot remarque que cette observation est peut-être sans analogue dans la science (1). Il fait suivre cette intéressante communication d'un exposé de vues qui lui sont particulières sur la texture intime du cancer.

La séance du 6 octobre n'a rien présenté qui intéressât les sciences médicales.

Séance du 13 octobre.

Insectes et helminthes de la pomme de terre. — M. Guérin-Méneville adresse une note sur les acariens, les myriapodes, les insectes et les helminthes observés jusqu'ici dans les pommes de terre malades. Il pense que la présence de ces animaux n'est que la conséquence de l'altération des pommes de terre, et non sa cause. On ne devra donc pas trop s'empresser d'attribuer la maladie de ces tubercules à la présence de ces petits êtres.

NOUVELLES MÉDICALES.

Séance annuelle de la Faculté de médecine.

La séance annuelle de la Faculté a eu lieu le 3 novembre.

Bien que souffrant encore des atteintes d'une longue et grave maladie qui depuis plusieurs années le retient éloigné de la Faculté, mais qui depuis quelques mois est heureusement en voie d'amélioration, M. Royer-Collard a prononcé le discours officiel de rentrée. Après avoir fait l'éloge ou plutôt l'analyse raisonnée et l'appréciation des travaux anatomiques et physiologiques de Breschet, le professeur a consacré quelques paroles au souvenir de Pelletan. Ce discours a été plusieurs fois interrompu par des applaudissements unanimes.

M. Blandin a proclamé les noms des lauréats.

Prix de l'École pratique.

Grand prix (médaille d'or), M. Duclos (Michel), né à Tours (Indre-et-Loire) le 15 décembre 1822.

Premier prix (médaille d'argent), M. Escalier (Eugène-Alexis), né à Vierzonville (Cher) le 12 novembre 1821.

Deuxième premier prix, M. Verneuil (Aristide), né à Paris le 29 janvier 1821.

Premier second prix, M. Moutard-Martin (Eugène), né à Paris le 18 janvier 1821.

Deuxième second prix, M. Cahen Mayor, né à Paris le 20 janvier 1823.

Mentions honorables, MM. Guibourt, Monod.

---

(1) Cette observation est peut-être sans analogue en ce qui concerne l'articulation du genou; elle ne l'est pas pour le cancer d'autres localités. Nous avons cité dans notre numéro de février dernier, page 76, deux cas d'autoplastie après l'amputation du sein par un médecin italien, Ch. Asson, et nous dirons encore, ici comme alors, que ces cas de succès ont besoin d'être confirmés par le temps. N. D. R.

Prix des sages-femmes.

Premier prix, mademoiselle Pingeaux.

Deuxième prix, mademoiselle Coupesse.

Prix Corvisart.

Médaille d'or, M. Stuart Cooper (Ecosse).

Prix Montyon.

Médaille d'or, M. Delpech (Auguste-Louis-Dominique), de Paris.

PRIX FONDÉ PAR MONTYON. Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur Mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une Médaille d'or, sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les Mémoires pour le prix de 1846 ne seront pas reçus passé le 1er août de la même année.

PRIX FONDÉ PAR CORVISART. La Faculté a arrêté pour sujet du prix de clinique à décerner en 1846 la question suivante :

« Chercher, par des observations recueillies » dans les cliniques médicales de la Faculté, à » apprécier l'action des principales préparations » de quinquina dans le traitement des mala- » dies. »

Du 16 août au 1er septembre 1846, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au n° du lit qui lui aura été désigné ;

2° La réponse à la question proposée.

Les élèves en médecine prenant inscription à la Faculté sont seuls admis à concourir pour le prix Corvisart.

— La Faculté croit devoir rappeler aux concurrents que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Nota. Les noms des concurrents doivent être mis sous cachet.

MUSÉE D'ANATOMIE COMPARÉE. — Le 31 octobre dernier, a eu lieu l'inauguration d'un nouveau Musée dû au zèle éclairé du doyen de la Faculté de médecine de Paris. On sait ce qu'était l'ancien Musée d'anatomie : un ossuaire assez complet, trop complet peut-être; deux grands écorchés en cire, donnant tout au plus les rapports des premières couches de muscles, quelques autres préparations de nerfs assez minutieuses dans leurs détails, un très petit nombre de pièces d'anatomie comparée; voilà à peu près tout ce qui l'a composé ces quinze à vingt dernières années. On y eût vainement cherché quelque vue d'ensemble.

M. Orfila a su profiter avec habileté de la vacance de la chaire d'anatomie pour en finir avec les vieilleries de l'ancien Musée et en reconstituer un autre qui fût comme une nouvelle ère pour l'enseignement anatomique, et qui mît le futur professeur dans la voie du véritable progrès. Le Musée de la Faculté ne saurait sans doute rivaliser encore avec celui du Jardin-du-Roi pour le nombre des pièces; mais aussi le choix est beaucoup mieux approprié aux besoins de celui qui étudie dans le premier que dans le second. Le nouveau Musée d'anatomie comparée de la Faculté de médecine de Paris est plus complet dans son ensemble que son aîné. Les préparations y sont généralement très belles; quelques-unes surtout, relatives aux mollusques, sont réellement admirables. Nous n'avons pu, du reste, jeter qu'un très rapide coup d'œil sur cette brillante collection qui mériterait si bien de porter le nom de son fondateur. Nous y reviendrons plus en détail dans notre prochain numéro.

CONGRÈS MÉDICAL. — La préfecture de la Seine a accordé la grande salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville, pour les séances du congrès médical.

M. SERRES, membre de l'Institut et de l'Académie royale de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, a été désigné comme président du congrès.

Sur la demande de la commission permanente, le ministre de la guerre a autorisé MM. les médecins, pharmaciens et vétérinaires de l'armée à adhérer au congrès, à y assister en tant que leur absence ne sera pas préjudiciable aux intérêts du service.

Le total général des adhésions au congrès, le 5 novembre, dépassait le nombre de 4000.

Les séances du congrès sont actuellement ouvertes.

—M. ROUSSEL, profess. adjoint de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nanci, est nommé professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants à ladite École, en remplacement de M. Bonfils, décédé.

— M. le docteur PERRIN, ancien médecin de l'hôpital Saint-André, chirurgien-major du corps des pompiers de Bordeaux, vient d'être décoré de la croix de la Légion-d'Honneur, des mains de S. A. R. le duc de Nemours.

— M. le docteur GIRAUD vient d'être nommé médecin de l'asile des aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), en remplacement de M. Belloc, nommé médecin en chef et directeur de l'asile des aliénés de Rennes.

— M. le docteur DUCROS aîné, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, vient de recevoir du gouvernement l'autorisation de porter la croix de Saint-Sylvestre, que lui a envoyée notre Saint-Père le pape.

Hôpitaux. — MM. les docteurs BARTHEZ et H. GUÉNEAU DE MUSSY viennent d'être nommés, au concours, médecins du Bureau central des hôpitaux.

— M. MAISONNEUVE, chirurgien du Bureau central d'admission aux hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hospice de Bicêtre.

Hygiène publique. — La fièvre typhoïde exerce actuellement ses ravages dans plusieurs communes voisines des Vosges, aux extrémités du département de la Meurthe. On cite en particulier les villages de Bertrambois et d'Higny. Cette cruelle maladie a pris dans ces

contrées, où elle décime la population, un caractère vraiment endémique.

— Certaines feuilles annoncent que la fièvre jaune est à Malte. Suivant d'autres, cette nouvelle serait controuvée.

— Un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, du 21 octobre, crée une commission de sept membres chargée : 1° de constater l'état actuel des exercices gymnastiques dans les colléges de Paris et de Versailles; 2° de rechercher les causes qui ont fait laisser ou négliger ces exercices; 3° d'apprécier l'influence de la gymnastique, telle qu'elle a été pratiquée, sur les études, sur la santé et sur les mœurs des élèves; 4° d'examiner de quelle utilité il pourrait être de remettre en pratique les exercices gymnastiques; 5° subsidiairement, d'indiquer les moyens à employer pour arriver à ce but.

Armée. — M. le docteur Casimir BROUSSAIS vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris. On sait que M. Broussais, désireux de faire une campagne en Algérie pour y étudier les maladies de cette province, quitta volontairement, il y a un an, sa position de professeur au Val-de-Grâce pour se rendre à Alger.

— Par ordonnance du 13 octobre, le roi a accordé le titre héréditaire de baron à M. le docteur PASQUIER père, premier chirurgien de S. M.

— Sont nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur : (officiers) MM. Guillemard, chirurgien principal de 2e classe à l'hôpital de Bordeaux; (chevaliers) Collin, chirurgien-major de 2e classe au 40e de ligne; Drouault, chirurgien aide-major de 1re classe au 1er d'artillerie; Faseuille, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Bayonne; Claude, *idem* en Algérie; Pommiers, chir.-maj. au 11e de ligne; Willamur, chirurg.-major de 1re classe au 64e de ligne; Pujade-Anjon, *idem* de 2e classe au 61e de ligne; Ferrand, chirurgien aide-major de 1re classe au 10e chasseurs d'Orléans; Habaïby, *idem* au 13e d'artillerie; Rey, chirurgien aide-major de 2e classe au 53e de ligne; Hermann, *idem* au 1er de la légion étrangère; Strauss, *idem* au 2e léger d'Afrique; Stéphanopoli, *idem* au 1er régiment de spahis; Poulet, *idem* au 3e de la même arme. (Ordonnance du 20 août.)

— Dans les dernières affaires d'Afrique, nous trouvons cités avec distinction M. le docteur *Michel*, du 9e chasseurs d'Orléans, pour son activité à soigner les blessés; M. le docteur *Lefèvre*, qui s'est fait remarquer au milieu du feu donnant ses soins aux blessés, et M. le docteur Becœur.

M. le docteur Artigues, chef d'ambulance de Ghazouat, a pris part au combat, un fusil à la main, de la manière la plus honorable.

Le docteur Rosagutti a été tué.

— En Prusse, une ordonnance insérée dans le Bulletin des lois vient de fixer le costume obligé des professeurs de l'Université.

Le doyen de la Faculté de médecine devra porter un manteau de velours noir avec des broderies en soie de couleur écarlate;

Les professeurs, un habit en drap noir à la Luther, orné sur le collet et sur les parements de broderies en soie aussi de couleur écarlate.

Les agrégés, un habit en drap noir à la Luther, mais sans aucune broderie.

— A l'avenir la profession de pédicure ne pourra être exercée à Berlin sans autorisation. Un rescrit ministériel spécial vient d'être publié sur cette matière.

Nécrologie. — Le docteur J.-B. FOUCART, chirurgien-major en retraite des dragons de la garde impériale, membre des ordres impériaux de la Légion-d'Honneur et de la Réunion, médecin du bureau de bienfaisance du 11e arrondissement, vient de mourir à l'âge de 77 ans.

M. le docteur ANTONINI, médecin en chef de l'armée d'Afrique, vient d'être enlevé par une fièvre pernicieuse après quinze ans de séjour en Algérie.

Traité pratique des maladies de l'enfance, fondé sur de nombreuses observations cliniques; par F. BARRIER, D. M., chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ancien interne de l'hôpital des Enfants malades de Paris, etc. *Deuxième édition, revue et augmentée.* 2 vol. in-8° de 700 pages chacun. A Paris, chez Fortin, Masson et comp.; à Lyon, chez Savy jeune. Beaucoup de traités ont été écrits sur les maladies des enfants. Celui-ci est le plus complet que nous possédions; car il comprend les maladies des enfants à la mamelle. Venu le dernier, l'auteur a pu profiter des travaux de ses devanciers; arrivé en quatre années à sa seconde édition, son livre témoigne assez par-là de la faveur avec laquelle il a été accueilli. Malgré tous les égards que l'on doit avoir pour les travaux de Gardien, d'Underwood, de Billard, il faut convenir que la science a marché depuis eux, particulièrement en ce qui touche le diagnostic. Il y a une trentaine d'années, la fièvre cérébrale dominait le reste de la pathologie des enfants. La médecine physiologique lui a fait succéder la méningite dont l'ombre a fait commettre plus d'une erreur de diagnostic et de traitement. C'est depuis dix ans surtout que la séméiotique des maladies des enfants a fait de rapides progrès. La thérapeutique n'a peut-être pas marché d'un pas aussi rapide; l'auteur signale lui-même cette grande lacune dans la médecine de l'enfance, en s'efforçant de la remplir. Son traité comprend les maladies de l'enfance depuis la naissance jusqu'à la puberté. M. Barrier convient, avec une franchise qui l'honore, que, n'ayant pas encore acquis la même expérience sur les maladies des enfants nouveau-nés que sur celles des autres périodes de l'enfance, il a été souvent obligé de puiser à des sources étrangères. Il a complètement retranché de son cadre les maladies congénitales qui forment un ordre tout-à-fait à part, ainsi que celles qui se lient essentiellement à la parturition.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 6. — DÉCEMBRE 1845.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. CONGRÈS MÉDICAL.

Le Congrès médical a commencé ses délibérations publiques, sous la présidence de M. Serres, le 1er novembre 1845, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville; plusieurs milliers de personnes peuvent tenir assemblées dans cette vaste salle, et à la première séance elle ne contenait pas moins de quinze cents assistants, tant médecins que pharmaciens et vétérinaires venus de toutes les parties de la France. Quatre mille environ avaient fait acte d'adhésion au Congrès en envoyant une légère cotisation (5 francs) destinée à subvenir aux frais de la réunion et de l'impression des débats.

Avant d'entrer dans le détail des actes de ce concile médical, comme on l'a appelé, nous devons faire quelques réflexions préliminaires sur la portée de cet évènement, le premier dont il sera fait mention dans l'histoire de la médecine.

On sait que depuis longtemps on réclamait une nouvelle organisation de l'enseignement et surtout de l'exercice de la médecine. Mais dans quelles limites devait se faire cette refonte des lois qui nous régissent? Voilà ce qui était fort difficile à décider pour l'autorité surtout, et M. le ministre de l'instruction publique, qui, à la fin de la session dernière avait promis de présenter un projet de loi à la session prochaine, se serait trouvé fort embarrassé pour contenter tout le monde. Beaucoup approuveront les conclusions du Congrès médical qui les eussent trouvées détestables si elles eussent été élaborées dans le sein d'une commission nommée par le ministre.

C'est sur ces entrefaites que l'idée est venue à quelques médecins d'organiser un Congrès du corps médical dans le but de lui faire formuler à lui-même ses vœux sur la loi qui sera bientôt appelée à le régir. L'administration, dont il fallait avant tout obtenir le consentement, a très favorablement accueilli la demande en autorisation. Elle a pensé avec raison que les médecins de tous les départements, appelés à délibérer, seraient plus compétents dans cette question qu'un petit nombre de sommités médicales auxquelles toute loi doit être à peu près indifférente, parvenus qu'ils sont au faîte des honneurs sans avoir connu les labeurs de la pratique des petites localités ni ceux de l'enseignement dans les écoles secondaires; et c'est en effet ce que l'évènement a démontré. Il y avait d'ailleurs dans ce plan quelque chose de grandiose, et de populaire en même temps, qui devait fortement parler à l'esprit de la génération médicale actuelle. Elle serait mal venue plus tard à se récrier contre une loi qui doit être, en grande partie, l'expression des vœux qu'elle a formulés.

Cependant cette idée d'un Congrès médical n'a pas excité un enthousiasme aussi universel que le prétendaient certaines personnes. Quatre à cinq mille adhésions peuvent former dans les colonnes d'un journal une imposante kyrielle de noms; mais ce nombre est certainement fort restreint si l'on considère, d'un côté, qu'il y a trente mille praticiens au moins en France, et, d'un autre, que les pharmaciens et les vétérinaires comptent pour la moitié peut-être dans le chiffre des adhésions. Quelques journaux ont exprimé leurs craintes ou leur peu de confiance dans les résultats d'une pareille réunion. D'autres, et c'est le plus grand nombre, se sont bornés à mentionner la prochaine tenue de ce Congrès, sans exprimer de craintes ni d'espérances sur un évènement dont il n'était guère aisé de parler pertinemment à l'avance, puisqu'il n'avait pas eu d'antécédent.

Maintenant que le Congrès médical a terminé sa session, nous nous hâtons de lui rendre cette justice qu'il l'a dignement remplie. Les vices de notre organisation ont été signalés par un concours unanime; les remèdes à y apporter ont été désignés avec non moins d'unanimité, en sorte que les conclusions que l'assemblée a votées peuvent être considérées comme satisfaisant les intérêts de la majorité des médecins. L'assemblée s'est surtout fait remarquer par sa modération, par son respect pour les droits acquis, par son désintéressement et par le sentiment de sa dignité.

La clôture de ses séances a été marquée par une cérémonie imposante, la translation des restes de Bichat, de sa sépulture ignorée de l'ancien cimetière Sainte-Catherine, au cimetière du Père-Lachaise où un monument convenable sera sans doute élevé à sa mémoire.

Passons maintenant au détail des travaux du Congrès.

La séance d'inauguration a été consacrée à la lecture du compte-rendu des travaux préparatoires. La commission permanente du Congrès, nommée dans une réunion anté-

rieure, avait divisé en douze sections ou séries les questions qui devaient être soumises aux délibérations publiques; ces questions avaient été remises à douze commissions composées en partie de médecins de la capitale et de délégués des médecins des départements. Les travaux de ces douze commissions ont été présentées par des rapporteurs en autant de séances publiques. C'est la discussion, l'adoption ou la modification de leurs conclusions qui ont constitué les travaux du Congrès. Pour éviter les longueurs inutiles, nous ne reproduirons point les questions telles qu'elles avaient été posées aux commissions. Nous nous bornerons à indiquer les conclusions telles qu'elles ont été successivement adoptées dans chacune des séances. Quant à la tenue générale de la nombreuse assistance appelée à délibérer, elle a été, sinon complètement irréprochable, du moins généralement plus convenable qu'on ne pouvait l'attendre d'une assemblée qui en était à son premier apprentissage des habitudes parlementaires. La première séance a été, il est vrai, troublée par un fait grave. Un médecin s'est livré à des voies de fait envers un pharmacien; mais c'était là l'explosion, très inopportune, il est vrai, d'une vieille rancune, n'ayant nul rapport au Congrès, et qui se fût tôt ou tard vidée ailleurs. Ce fait ne s'est d'ailleurs pas reproduit. On eût pu aussi désirer un peu plus de liberté pour les membres des minorités. Généralement ceux qui soutenaient une opinion peu goûtée de l'assemblée étaient bientôt mis au silence par des marques trop visibles d'improbation. Des noms, d'ailleurs très populaires, en ont fait la désagréable expérience. Mais il n'y avait là-dedans rien de personnel, car les mêmes orateurs étaient souvent applaudis dans la même séance sur d'autres questions. Sans chercher à excuser cette injustifiable façon de faire taire les minorités, nous avouerons que, dans l'espèce, elle a eu du moins pour compensation l'avantage de permettre de compléter en douze jours une série de travaux qui ne l'eussent pas été en douze semaines s'il eût fallu écouter tous les discours des opposants.

Comme il nous est impossible d'entrer dans le détail des discussions, nous dirons une fois pour toutes qu'en général les médecins délégués des départements ont montré en beaucoup de points des connaissances plus positives que les médecins de Paris. Beaucoup de discours éloquents ont été entendus. Le corps médical s'est montré en tout un corps d'élite, digne d'être assimilé sous tous les rapports à ce que la France possède de plus élevé dans le domaine de l'intelligence.

Séance du 3 novembre.

Facultés et écoles de médecine (1).

M. Gintrac, professeur de l'École préparatoire de médecine de Bordeaux, est chargé de lire le rapport de la commission chargée de l'examen des questions relatives aux Facultés et aux écoles préparatoires de médecine. Voici les conclusions telles que l'assemblée les a adoptées :

1° La division de l'enseignement des sciences médicales entre les Facultés et les écoles préparatoires est utile et avantageuse.

2° Il conviendrait de créer une chaire d'histoire et de philosophie de la médecine dans toutes les Facultés de médecine.

3° Il conviendrait d'établir un cours d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

4° Il serait avantageux que les hôpitaux de Paris, consacrés à quelques maladies spéciales, comme celui des Enfants, de Saint-Louis, etc., fussent utilisés et servissent à un enseignement officiel.

5° Le nombre des Facultés actuelles est suffisant. Il n'est pas trop considérable. Il y aurait inconvénient à n'avoir qu'une Faculté.

6° L'enseignement dans les écoles préparatoires doit être favorisé sous le rapport pratique.

Ces écoles doivent être mises en possession d'un matériel suffisant.

Avec l'enseignement clinique doivent s'harmoniser les services des hôpitaux.

Les écoles préparatoires doivent devenir entièrement universitaires.

Elles conféreront, après examen, à leurs élèves ayant pris la huitième inscription en médecine, un certificat d'aptitude sans lequel ceux-ci ne pourront prendre de nouvelles inscriptions.

Sur la proposition de M. Marchal (de Calvi), un article additionnel ainsi conçu a été adopté :

Il sera manifesté le vœu qu'une école préparatoire de médecine soit instituée en Corse.

Séance du 4 novembre.

Liberté d'enseignement.

M. Thierry a lu son rapport sur cette question. Il a terminé par les conclusions suivantes qui ont été adoptées :

1° Que tout membre appartenant légalement au corps médical en France ait le droit d'enseigner les sciences médico-chirurgicales, et que ce droit soit spécifié dans un article de la nouvelle loi;

2° Que la liberté de l'enseignement médical soit aussi large et aussi étendue que possible, et que le gouvernement, à Paris et dans les principales villes de France, mette un local convenable et tous les moyens matériels servant à l'enseignement pratique à la disposition de tous les membres du corps médical, et lui prête ainsi un utile concours;

3° Que l'enseignement libre ne puisse ni ne doive porter atteinte à l'enseignement officiel, l'ensei-

(1) Nous n'avons parlé que fort incidemment de ce qui concerne les pharmaciens et les vétérinaires. Nous donnerons dans le prochain n° les conclusions qui les concernent particulièrement.

gnement libre ne conférant aucun grade universitaire, soutenant seulement des opinions et des doctrines, et venant en aide à l'enseignement officiel;

4° Qu'une nouvelle loi vienne sanctionner l'enseignement libre à la fois si utile à la science et à l'humanité, jusqu'à présent la législation ayant tellement varié à ce sujet, et l'enseignement libre ayant été tantôt conféré dans sa plus large expression, tantôt entravé de diverses manières;

5° Quant à l'enseignement clinique fait par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, la commission émet le vœu qu'à l'occasion de la présentation du nouveau projet de loi, MM. les ministres de l'intérieur et de l'instruction publique soient invités à y faire insérer un article spécial pouvant complètement satisfaire aux besoins du libre enseignement clinique, tant dans la capitale que dans les départements.

Séance du 5 novembre.

Organisation des Facultés, des écoles spéciales de pharmacie et des écoles vétérinaires.

Le rapport sur ces divers sujets a été lu par M. GAULTIER de Claubry. En voici les conclusions, qui ont d'ailleurs été adoptées :

1° La nomination des professeurs dans les Facultés de médecine, les écoles spéciales de pharmacie et les écoles vétérinaires, aura lieu par la voie du concours public.

2° Le jury pour les Facultés et pour les écoles de pharmacie sera composé, à Paris, de professeurs et membres de l'Académie royale de médecine; ceux-ci y entrant dans la proportion d'un tiers, les uns et les autres étant pris dans des séries déterminées à l'avance d'une manière invariable.

3° Pour les Facultés et les écoles spéciales du reste du royaume, le jury sera composé dans la même proportion de membres de ces corps enseignants et de juges choisis au scrutin secret par les Facultés et les écoles entières parmi les membres des sociétés de médecine et de pharmacie reconnues et préexistantes, et, à défaut de ces sociétés, parmi les médecins et parmi les pharmaciens établis dans la ville.

4° Pour les écoles vétérinaires, le jury se composera de quatre professeurs de l'école vétérinaire et de l'école de médecine, et de quatre juges tirés au sort sur une liste dressée par le préfet parmi les vétérinaires non professeurs et de dix pour les départements.

5° Les fonctions des professeurs seront désormais temporaires, et cesseront à l'âge de soixante-cinq ans. — Les professeurs seront nommés professeurs honoraires et participeront aux conseils, délibérations et travaux administratifs des Facultés et écoles spéciales.

Ils jouiront de l'intégralité de leur traitement jusqu'à l'âge de soixante-dix ans, époque à laquelle ils feront valoir leurs droits à la retraite.

Il sera demandé que les limites pour la retraite soient abaissées de trente à vingt ans.

6° Dans les écoles préparatoires, la nomination des professeurs aura lieu par la voie du concours devant un jury composé de professeurs et d'agrégés des Facultés de médecine et des écoles de pharmacie dont les écoles secondaires relèvent.

7° L'institution des agrégés doit être maintenue telle qu'elle existe en ce moment.

8° Il n'y a pas de motif pour changer la dénomination qu'ils portent.

9° La nomination des agrégés continuera à avoir lieu par le concours, conformément aux dispositions en vigueur.

10° Il sera demandé que les agrégés jouissent à l'avenir d'un traitement fixe, outre leurs droits de présence aux examens.

11° S'il est arrêté qu'il y aura des examens à la fin de chaque année, il sera demandé que les agrégés composent le jury d'examen sous la présidence d'un professeur.

M. Boudet a fait admettre une modification qui consiste à ne permettre le concours pour les pharmaciens qu'après cinq ans de diplôme.

Séance du 6 novembre.

Élèves en médecine.

Le rapport a été lu par M. CAUSSÉ. Les conclusions ont été vivement discutées et il a été présenté jusqu'à vingt-deux amendements. Voici quelles étaient les conclusions de la commission :

1° Obtention des deux diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences physiques, par l'élève en médecine, préalablement à toute première inscription soit dans une Faculté, soit dans une école préparatoire.

2° *Pour l'ordre des études* :

1° Anatomie et physiologie;
2° Pathologie interne et externe;
3° Chimie, physique, histoire naturelle, dans leur application immédiate à la médecine, à la pharmacie et à la pharmacologie;
4° Hygiène, matière médicale, thérapeutique, médecine légale et toxicologie;
5° Accouchements, médecine opératoire, spécialités;
6° Clinique interne et externe, pathologie générale, histoire générale de la médecine, et thèse.

3° Diviser les élèves par années, et les obliger à suivre des cours indiqués.

4° L'appel nominal dans les écoles secondaires.

5° L'inscription du nom des élèves sur un registre *ad hoc* dans les Facultés une fois par semaine.

6 Examens probatoires et gratuits de fin d'année pour tous les élèves.

7° L'assimilation des élèves en médecine avec les

élèves de quelques écoles spéciales du gouvernement a paru à votre commission d'une impossibilité absolue dans l'état actuel des choses.

8° A dater de la deuxième année, les élèves seront répartis par séries entre les différentes cliniques de la Faculté; et leur assiduité obligatoire sera constatée par les chefs de clinique, sous la direction desquels ils devront être placés. Les élèves pourront être autorisés à suivre les cliniques de l'enseignement libre, et devront justifier de leur assiduité à ces cliniques.

9° Enfin le dernier vœu de la commission est que chaque élève soit tenu de faire un service actif dans les hôpitaux pendant six mois au moins à Paris, et un an dans les écoles préparatoires.

M. Forget a fait adopter l'amendement suivant :

Le grade de bachelier ès lettres sera exigible pour prendre la première inscription dans les écoles préparatoires.

Le grade de bachelier ès sciences sera exigible pour prendre la première inscription dans les Facultés de médecine.

Puis l'assemblée, oubliant ce qu'elle vient de voter, se déjuge en adoptant la modification suivante de M. Tardieu :

Dans les Facultés, le diplôme de bachelier ès lettres sera exigible avant la première inscription, celui de bachelier ès sciences avant la cinquième.

L'assemblée a retranché le second article de la commission, le considérant comme une pure affaire de règlement intérieur d'école. Elle a également retranché le huitième, sur la demande de M. Burguières. On a ajouté la proposition suivante de M. Bernard :

Le Congrès exprime le vœu que le gouvernement ouvre des établissements destinés à l'internat facultatif des élèves.

On a également adopté un amendement de M. Magne, ainsi conçu :

Les élèves feront un service actif dont la durée sera de deux ans au moins.

Exercice de la pharmacie.

Voici sur ce sujet les conclusions du rapport :

1° Il ne pourra y avoir dans tout le royaume qu'un seul ordre de pharmaciens.

2° Les jurys médicaux créés par la loi du 21 germinal an XI seront supprimés.

Ces propositions sont adoptées.

M. F. Boudet fait la proposition suivante qui est adoptée à l'unanimité moins une voix :

Il sera institué des pharmaciens cantonaux partout où leur présence sera jugée nécessaire pour assurer le service de la pharmacie.

Les pharmaciens cantonaux seront nommés par le conseil général du département, sur une liste de présentation dressée par la chambre des pharmaciens du département.

Il sera accordé à chaque pharmacien cantonal une subvention suffisante pour le déterminer à s'établir dans les localités désignées et lui assurer une existence digne de ses services. Cette subvention sera votée tous les dix ans par le conseil général, qui pourra la réduire ou la supprimer dès qu'il sera constaté qu'elle n'est plus nécessaire.

En conséquence de ces dispositions, la préparation, le dépôt et la vente des médicaments est interdite, sans aucune exception, à toute personne autre que les pharmaciens légalement reçus et ayant officine ouverte.

Séance du 7 novembre.

Examens. — Thèse.

Voici quelles ont été les conclusions du rapport présenté par M. Malgaigne. Elles ont été adoptées après avoir donné lieu à de vifs débats, surtout la première, qui a été fortement attaquée par MM. Landouzy, Tardieu et Burguières.

1° Pour l'argumentation de la thèse, le jury sera composé en nombre égal : 1° d'examinateurs nommés par la Faculté; 2° d'examinateurs pris en dehors de la Faculté.

2° Cette deuxième partie du jury sera nommée par le collége médical de la ville où siégera la Faculté.

3° Le Congrès, tout en reconnaissant les améliorations apportées dans le mode suivi pour les examens, émet le vœu qu'ils soient rendus de plus en plus pratiques.

4° Le Congrès exprime le vœu qu'après l'examen clinique et avant la thèse, tout candidat soit soumis à un examen spécial sur l'histoire et la philosophie médicales.

Séance du 8 novembre.

M. le ministre de l'instruction publique et M. le doyen de la Faculté de médecine assistaient à cette séance. Il y avait à traiter la plus importante, sans contredit, de toutes les questions, celle de décider si l'on créerait deux ordres de médecins, les uns licenciés après quatre années d'études, les autres docteurs après cinq années. M. Piorry, rapporteur, a conclu en faveur d'un seul ordre de médecins. Cette conclusion a été adoptée sans pouvoir être même sérieusement discutée; car ceux qui ont voulu plaider la cause du maintien des officiers de santé ont eu la voix couverte par les signes d'improbation de l'assemblée. Il a été, du reste, bien stipulé que la loi n'ayant pas d'effet rétroactif, les officiers de santé actuellement reçus continueront à jouir de leurs droits. Voici les conclusions :

1° Que, dans la loi destinée à organiser la médecine et son exercice en France, on ne reçoive, aussitôt après sa promulgation, qu'un seul ordre de médecins, c'est-à-dire que des docteurs en médecine;

2° Qu'une disposition transitoire de la loi à intervenir autorise les officiers de santé reçus, et ayant exercé durant cinq années, à se présenter devant une Faculté pour obtenir, après des examens pratiques sur la médecine et la chirurgie, le titre de docteurs.

Médecins cantonaux.

On a adopté les conclusions suivantes présentées dans le rapport de M. Requin sur ce sujet.

1° La création de médecins cantonaux n'est pas nécessaire pour assurer le service de santé des campagnes. Elle porterait une atteinte grave aux intérêts du corps médical;

2° Il sera créé des dispensaires ruraux;

3° Le service médical sera fait dans ces dispensaires par tous les praticiens de la circonscription, librement appelés par les malades pauvres;

4° Les pauvres de la campagne qui auront des maladies impossibles à traiter à domicile seront adressés à un hôpital du département, et là traités aux frais du budget départemental.

Séance du 9 novembre.

Honoraires des médecins.

Le corps médical a fait acte de dignité en votant à l'unanimité, et sans discussion, sur la proposition de M. Clausade, de Gaillac, les conclusions suivantes du rapport de M. Dechambre:

1° Qu'il n'y a pas lieu d'apporter de modifications légales aux usages existant aujourd'hui relativement aux honoraires des médecins;

2° Qu'il y a lieu de demander une augmentation notable des honoraires attribués par la loi au médecin qui agit en vertu d'une réquisition judiciaire;

3° Que, dans tous les cas où le médecin sera requis ou appelé par la justice pour un acte quelconque de sa profession, il soit toujours considéré comme expert;

4° Que la prescription, fixée à un an par l'art. 2272 du Code civil, soit portée à cinq ans;

5° Que le privilége consacré par l'article 2101 du Code civil, concernant les frais quelconques de dernière maladie, soit étendu à tous les cas de succession ouverte ou de liquidation forcée.

Séance du 10 novembre.

Responsabilité médicale.—Secret.

M. Bayle lit un rapport sur la responsabilité médicale et le secret imposé au médecin. L'assemblée adopte les conclusions suivantes:

1° Le médecin répond de ses actes devant sa conscience, et les résultats de la pratique ne peuvent être appréciés que par des hommes compétents. Dans tous les cas, les art. 319 et 320 du Code pénal ne lui sont point applicables, et les art. 1382 et 1383 du Code civil ne pourront eux-mêmes lui être appliqués qu'après qu'un jury médical aura déterminé s'il y a lieu. Le médecin ne pourra être mis en cause s'il est constaté qu'il a agi avec conscience et bonne foi.

2° Le jury médical sera nommé par un corps médical légalement constitué.

3° Le secret est obligatoire pour le médecin sur tout ce qui lui a été confié et sur tout ce qu'il a pu apprendre dans l'exercice de son ministère.

Sur la proposition de M. Vosseur, on a ajouté:

Dans aucun cas le médecin ne pourra être obligé à la révélation.

On adopte également l'article suivant proposé par M. Clausade:

Le Congrès général émet le vœu qu'un médecin qui refuse son concours au ministère public, hors le cas d'urgence ou de flagrant délit, en basant son refus sur des motifs légitimes et honorables, ne puisse être poursuivi devant les tribunaux.

Exercice illégal de la médecine.

Voici les conclusions adoptées à ce sujet:

1° Les attributions confiées par les diplômes relatifs aux différentes parties de l'art de guérir seront également spécifiées dans la loi et énoncées dans les diplômes;

L'exercice illégal de la médecine sera parfaitement défini dans la loi;

Une pénalité plus efficace et plus énergique y sera introduite.

2° L'excercice illégal de la médecine doit-il être justiciable des cours d'assises, au lieu de l'être des tribunaux de police correctionnelle? La commission n'a pas pensé qu'il y eût lieu de changer sur ce point la juridiction actuelle.

3° Le traitement des malades, dirigé par des personnes non pourvues d'un titre légal, et dont les ordonnances sont signées par un médecin, doit-il être considéré comme un exercice illégal?

La commission a déclaré que, dans ce cas, il y a exercice illégal avec complicité du médecin.

Conseils de discipline.

1° Un collége médical sera créé dans chaque arrondissement, et comprendra tous les médecins domiciliés dans l'arrondissement.

2° Chaque collége médical d'arrondissement élira tous les ans, à la majorité absolue des suffrages, un conseil médical.

3° Le conseil aura pour mission: d'une part, de soutenir les droits du corps médical et de ses membres; d'autre part, de maintenir la dignité professionnelle.

4° Le conseil aura le pouvoir de prononcer, suivant les circonstances qu'il appréciera, cinq ordres de peines disciplinaires: 1° l'admonition; 2° la réprimande; 3° la censure; 4° la radiation temporaire du tableau du collége; 5° la radiation absolue, qui sera également déterminée par les peines afflictives et infamantes pour les délits autres que les délits politiques.

5° Les colléges médicaux seront chargés de signaler aux procureurs du roi les individus qui exercent illégalement la médecine, et de réclamer les poursuites.

6° Les conseils médicaux devront adresser aux autorités administratives et judiciaires les demandes et réclamations qui intéressent le corps médical ou l'un de ses membres.

7° Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le conseil médical d'un arrondissement ne pourra être porté que devant celui du chef-lieu du département. L'appel d'une décision rendue par le conseil du chef-lieu du département sera porté devant le conseil de l'arrondissement le plus éloigné.

Médecins étrangers.

La commission avait proposé cet article :

Les docteurs reçus dans une Faculté étrangère ne seront admis à exercer la médecine en France qu'à la condition de se faire recevoir docteurs devant l'une des trois Facultés de France. Ils obtiendront ce titre en subissant deux épreuves d'une heure chacune et en soutenant une thèse.

MM. Malgaigne et Laussedat ont proposé sur cet article l'amendement suivant :

Que tout médecin étranger, pour exercer en France, soit obligé d'obtenir le titre de docteur, et en conséquence de passer ses six examens et sa thèse devant une Faculté française.

Cet amendement a suscité de très vifs débats. Une épreuve ayant été déclarée douteuse, la discussion est ajournée au surlendemain, 12 novembre. Pour ne plus revenir sur cette question, disons ici par anticipation que l'amendement de M. Malgaigne a été adoptée malgré les efforts d'une imposante minorité qui prétendait que la France y perdrait son antique réputation d'hospitalité. Les médecins des frontières d'Allemagne et du littoral de la Manche, qui ont le plus à souffrir de l'invasion des médecins étrangers (à Boulogne il y a plus de médecins anglais que de médecins français, et l'administration s'est toujours refusée à les poursuivre, quoiqu'ils soient pour la plupart sans titre aucun d'un bord de la Manche ni de l'autre), ont plaidé leur cause avec chaleur. D'un autre côté, on a fait voir que l'hospitalité française est payée de bien peu de reconnaissance à l'étranger. Un médecin de l'ambassade de France en Russie a dû subir quatorze examens. Nos compatriotes rencontrent encore des difficultés inouïes dans les Etats du roi de Sardaigne surtout.

Un amendement en faveur des réfugiés politiques a été rejeté. Mais on a adopté à leur égard l'article additionnel suivant de M. Marchal (de Calvi) :

Les réfugiés politiques seront dispensés des frais d'examen, de thèse et de diplôme.

Séance du 11 novembre.

Permutations de chaires.

On adopte, à ce sujet, la proposition suivante de M. Malgaigne :

Toute permutation de chaire est interdite. Cette interdiction ne s'étend pas toutefois aux divers professeurs attachés aux chaires de clinique du même ordre dans la même Faculté, et qui conservent la liberté de changer d'hôpital.

Répression des abus et délits dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

M. Garnier, pharmacien, a proposé les conclusions suivantes :

1° Toute annonce par la voie des journaux, affiches, prospectus, brochures, ou autrement, ayant pour but d'indiquer au public :

L'arrivée d'un médecin dans une localité ;

L'adresse d'un médecin ou d'un traitement médical ;

Le débit ou la vente d'une préparation ou composition médicamenteuse quelconque, est interdite, sous peine d'une amende de 100 fr. à 1000 fr.

En cas de récidive, le délinquant encourra le maximum de l'amende, et en outre un emprisonnement de cinq à vingt jours.

2° Définition légale des médicaments.

Sera considérée comme médicament et comme préparation, ou composition médicamenteuse ou pharmaceutique, toute substance simple ou préparation et composition quelconque annoncée, débitée ou vendue comme jouissant de propriétés médicinales.

3° Les épiciers, droguistes, herboristes, et toutes personnes autres que les pharmaciens légalement reçus, ne pourront fabriquer, débiter, distribuer, vendre, tenir en dépôt ou exposer en vente aucune préparation ou composition pharmaceutique.

Les droguistes pourront continuer à faire le commerce en gros des drogues simples, sans pouvoir néanmoins en débiter aucune aux doses médicinales.

4° Il n'est fait d'exception aux articles précédents, relatifs à la vente des médicaments, que pour les plantes médicinales indigènes dont la vente est ou sera permise aux herboristes (actuellement reçus), et pour les substances ou compositions comprises dans l'état nominatif ci-annexé. Ces substances ou compositions, bien que comprises dans le Codex, pourront être vendues par d'autres que par les pharmaciens, mais sans qu'il puisse en être fait aucun mélange destiné à servir de médicament, et en se conformant d'ailleurs, lorsque ces substances seront vénéneuses, aux règlements sur la vente des poisons.

5° Ne pourront les hôpitaux et pareillement les communautés religieuses, avoir de pharmacie que pour leur usage particulier et intérieur ; ces hôpitaux ou communautés ne pourront vendre ni débi-

ter ou distribuer même gratuitement aucun médicament simple ni composé.

6° Aucun pharmacien ne pourra tenir plus d'une officine ouverte.

Les pharmaciens ne pourront faire, dans les mêmes lieux où se trouve établie leur officine, aucun autre commerce ou débit que celui des drogues ou préparations médicinales.

7° Le cumul ou exercice simultané de la médecine et de la pharmacie est formellement interdit.

8° Néanmoins, les médecins ou officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, sont autorisés à porter à leurs malades, à une distance d'un myriamètre au moins d'un pharmacien établi, et sans pouvoir les vendre, les médicaments les plus indispensables. — Ils pourraient donc avoir chez eux un dépôt de ces médicaments, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte.

9° Compérage médical et associations illégales.

Toute association publique ou privée entre un médecin, un chirurgien ou officier de santé et un pharmacien est interdite.

Tout fait de collusion ou de compérage médical, soit entre médecins et pharmaciens, soit entre les uns ou les autres et des personnes étrangères à l'art de guérir, est également prohibé.

Toutes ces propositions ont été adoptées sans difficulté. On a cependant voulu excepter des dispositions de la première conclusion les journaux scientifiques dont quelques-uns vivent des abus de l'annonce. Mais les efforts de leurs défenseurs ont été vains, et l'article a été adopté à une immense majorité.

Séance du 12 novembre.

Limitation du nombre des médecins.

Le Congrès a adopté sur cette question la conclusion suivante :

La commission ne pense pas que le principe de la limitation des médecins soit en harmonie avec nos institutions et nos mœurs. Elle a émis le vœu qu'elle s'opérât par la rigueur progressive des épreuves.

Dispositions diverses.—Médecins et chirurgiens d'hôpitaux.

M. Gerdy lit un rapport dont les dispositions suivantes ont été adoptées :

1° Que chaque année les Facultés et les écoles préparatoires de médecine soient appelées à désigner, par voie de concours parmi les élèves ayant deux ans d'études, un certain nombre de lauréats qui obtiendraient des bourses pour continuer leurs études près des Facultés.

2° Que le gouvernement s'occupe de créer, auprès des établissements thermaux fréquentés par un grand nombre d'indigents, des hôpitaux ou des établissements destinés à assurer aux malades pauvres les secours de première nécessité.

3° Qu'il prenne les dispositions nécessaires pour que les malades indigents des communes rurales puissent être admis dans les hôpitaux de l'arrondissement ou du département, lorsqu'ils ne pourraient recevoir chez eux les soins convenables.

4° Qu'il prenne également les mesures nécessaires pour que les malheureux qui sont munis de passe-ports d'indigents et qui tombent malades en voyage soient reçus dans les hôpitaux où ils se présenteront.

5° Le Congrès émet le vœu qu'il soit créé, pour les chefs-lieux de canton et les communes rurales, *comme pour les populations plus importantes*, des dispensaires chargés de fournir aux indigents les secours de la médecine et de la pharmacie, et dont les médecins seraient en outre appelés à constater les naissances et les décès dans les petites populations.

6° Qu'au sortir des hôpitaux, les convalescents soient confiés, lorsqu'ils le désireront, aux soins d'un médecin appartenant aux établissements de secours, qui les visitera et leur fera donner les secours nécessaires.

7° Que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux et autres établissements de bienfaisance fassent partie, dans une proportion convenable, des conseils administratifs avec voix consultative.

8° Que chaque année les médecins, chirurgiens et pharmaciens de tous les hôpitaux et autres établissements de bienfaisance, soient appelés à se réunir dans leurs localités respectives pour faire à l'autorité compétente un rapport sur les imperfections existantes et les améliorations à obtenir dans ces établissements ; que ces rapports soient adressés en double expédition, l'un à l'administration qu'ils concernent, l'autre au ministre de l'intérieur pour le département de la Seine, et aux préfets pour les autres départements.

9° Que les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne soient pas soumis à des réélections successives, comme cela se pratique à Paris, mais que leurs fonctions se prolongent de droit jusqu'à l'époque fixée pour la retraite.

Sur la proposition de M. Rigal, la disposition suivante est ajoutée à la cinquième conclusion :

Le service médical sera fait dans ces dispensaires par tous les praticiens de la circonscription, librement appelés par les malades pauvres.

L'article additionnel suivant a été aussi admis sur la proposition de M. Fontan :

Les médecins des hôpitaux seront nommés pour quinze ans, cinq ans en qualité d'adjoints, dix ans en qualité de titulaires.

Séance du 13 novembre.

Questions relatives aux médecins et chirurgiens d'hôpitaux. (*Suite.*)

Les dispositions suivantes ont été adoptées :

10° Tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux seront nommés au concours.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, à l'expiration de leurs services, recevront le titre de médecins honoraires et seront admis à reconcourir.

11° Le service confié à chaque médecin ou chirurgien d'hôpital ne dépassera pas, en général, soixante lits.

M. Thirial propose l'article additionnel suivant qui est adopté :

Dans les villes où il existe, soit une Faculté de médecine, soit une école préparatoire, le service des consultations publiques sera rempli désormais par les médecins adjoints des hôpitaux.

12° Que les médecins des bureaux de bienfaisance et des dispensaires, après dix ans d'exercice, soient signalés à l'administration pour obtenir les places qui seraient à la disposition de l'autorité, comme celles de vérificateurs des naissances et décès.

13° Que les médecins des établissements de bienfaisance qui ne seraient pas nommés au concours soient choisis de préférence parmi les candidats qui auraient été internes des hôpitaux, lauréats des hôpitaux ou des Facultés, etc.

14° Que les médecins des prisons aient voix consultative dans les commissions instituées près des prisons.

Eaux minérales.

L'assemblée adopte ensuite sans discussion les dispositions suivantes proposées par la commission :

15° Il serait à désirer que les médecins inspecteurs des eaux minérales fussent tous nommés par concours, avec appréciation convenable des titres antérieurs.

16° Qu'ils fussent organisés en un corps hiérarchique où un avancement régulier leur permît de diriger successivement des établissements de différente nature et d'une importance croissante.

17° Que les attributions de ces médecins fussent fixées d'une manière précise et incontestable.

18° Il serait utile qu'il fût créé une commission supérieure et permanente des eaux minérales.

19° Que le concours soit étendu à un bien plus grand nombre de nominations qu'il ne l'est aujourd'hui et appliqué partout où il sera reconnu applicable.

20° Que les nominations auxquelles le concours ne sera pas applicable soient faites autant que possible par une élection convenablement instituée.

21° Que, dans les nominations réservées à la disposition absolue de l'autorité, il soit tenu compte des titres acquis par les candidats, soit par des succès antérieurs dans des concours, soit par des travaux scientifiques d'une valeur reconnue, soit par de longs services dans les établissements de bienfaisance.

Sages-femmes.

Voici ce qui a été adopté à leur égard :

Nulle élève sage-femme ne pourra se présenter devant une Faculté de médecine ou une école préparatoire, pour obtenir le diplôme de sage-femme, sans justifier de deux années d'études faites dans un hospice de Maternité et sous la direction du médecin de cet établissement.

Les élèves sages-femmes seront reçues dans les Facultés, dans les écoles préparatoires, ou par une commission médicale, dans les villes où il existe une Maternité recevant un nombre de femmes suffisant.

Les examens, au nombre de deux, qu'elles auront à subir, et qui devront être plus sévères, auront pour objet, l'un la théorie, l'autre la pratique des accouchements.

Associations.

L'assemblée adopte la proposition suivante de M. Rigal :

Le Congrès médical émet le vœu que des associations médicales libres soient fondées dans toute la France, dans la certitude qu'il a que ces associations seront des plus utiles, tant sous le rapport de la dignité que sous celui des intérêts professionnels, en même temps qu'elles permettront au corps médical d'étudier, d'une manière encore plus approfondie, les documents relatifs à l'organisation définitive de l'exercice de la médecine.

Séance du 14 novembre.

Cette séance, qui était celle de clôture, a été la plus solennelle. M. le ministre de l'instruction publique y assistait. On y a entendu un discours de M. Malgaigne sur la translation des restes de Bichat, et un résumé des travaux du Congrès par M. Amédée Latour.

M. le ministre de l'instruction publique a ensuite pris la parole et a adressé le discours suivant à l'assemblée :

Messieurs,

Je suis venu entendre et recevoir les vœux du Congrès, parce que le Congrès a été un fait nouveau et considérable, que ce fait nouveau a réussi, que ce fait considérable n'a produit que des résultats utiles pour la société, honorables pour le corps médical. C'est pour constater ces résultats que je suis au milieu de vous. C'est un hommage que je rendrai en votre nom à nos institutions, qu'un corps aussi nombreux que le vôtre, qui s'étend sur tous les points du territoire, qui touche à tous les intérêts de la société, ait pu s'assembler, délibérer sur ses intérêts, et que celui des membres du gouvernement du roi qui a la garde de vos intérêts et de votre dignité ait compris qu'il vous devait à vous, qu'il se devait à lui-même de ne pas laisser passer une assemblée pareille sans se trouver au milieu de vous. Un gouvernement tel que le nôtre s'appuie sur tous les intérêts sociaux, il doit les entendre, se concerter avec eux, répondre à leurs vœux, et, s'il se trouvait en dissentiment avec eux, il devrait avant tout leur dire et leur faire comprendre que

c'est par des raisons légitimes, par des raisons qui seraient acceptées de tous.

Permettez-moi de le remarquer: c'est un rare honneur pour notre temps qu'une assemblée comme celle-ci se soit réunie, ait délibéré et produit des résultats empreints de sagesse. Nous avons passé par bien des épreuves; vous pouvez remonter dans vos souvenirs, vous ne trouverez pas une époque où elle eût été possible; vous ne trouverez pas un gouvernement qui n'en eût pris ombrage, pas un jour où le gouvernement et le pays eussent pu, comme aujourd'hui, se rencontrer pour traiter librement des intérêts communs. (Applaudissements.) Je le dis à l'honneur des institutions de notre pays et d'une direction générale qui nous a donné le calme des esprits, et je dirai des passions qui permettent à nos intérêts légitimes de se replier sur eux-mêmes, d'exprimer leurs besoins, d'en délibérer et d'arriver à des résultats qui, à un jour prochain, j'espère, puissent paraître devant les pouvoirs publics et recevoir leur sanction.

Messieurs, le Congrès a déjà produit des résultats réels; je me fais un devoir et un honneur de le constater. J'avais remarqué, dans ce qui m'est arrivé de vos premières délibérations, une préoccupation honorable et généreuse des intérêts de votre considération, et j'avais vu, dans ces débats, des opinions qui m'avaient semblé en contradiction avec l'état actuel de la société. Votre réunion m'a prouvé que j'avais raison. Vous vous préoccupez de votre considération. J'ai entendu faire des parallèles qui sont démentis par l'histoire. Veuillez vous rendre compte de ce qu'était le corps médical quand Louis XIV naissait, que Guy Patin florissait, que Descartes brillait de toutes ses lumières: alors le médecin était confondu avec l'astrologue; je ne puis dire avec qui l'on confondait le chirurgien, car un pareil état existe encore dans quelques-uns des États civilisés qui vous entourent.

Vous ne pouvez douter, messieurs, de la considération dont jouit une profession qui donne autant de garanties que la vôtre. Il n'y a que vous qui, avant de comparaître devant la société, avant de lui apporter vos secours et le fruit de vos pénibles travaux, ayez demandé trois sanctions: l'une aux Lettres, l'autre aux Sciences, la troisième à la Faculté devant laquelle vous terminez vos études. Tous les autres services de l'État se contentent à moins Vous aviez tort de douter du rang que vous occupiez dans la société française de 1830. Ce rang, d'ailleurs, vous l'aviez acquis par les services que vous rendez chaque jour. J'ajoute avec sincérité, il sera encore mieux mérité à l'avenir par ce que vous avez été dans cette grave conjoncture. Vous avez délibéré avec maturité et en même temps avec promptitude; en peu de temps vous avez pu parvenir à des résolutions décisives, et sans tenir compte de ces vivacités de paroles qui tiennent à l'inexpérience des discussions publiques qui, quand on les a éprouvées longtemps, apprennent que la modération est un élément de force et d'autorité; vous avez eu cette rare sagesse des assemblées nombreuses de vous renfermer dans les limites que vous vous étiez tracées, de vous borner à des discussions relatives à vos intérêts et de présenter des solutions souvent discutables, permettez-moi de le dire, sur lesquelles le gouvernement du roi se réserve de discuter, mais qui toutes méritent qu'on les pèse, et qui toutes ont acquis une autorité de plus du poids de vos suffrages. (Applaudissements.)

Messieurs, un autre résultat obtenu déjà, c'est d'avoir constaté, plus peut-être que vous ne le saviez vous-mêmes, que des améliorations nombreuses sont désirables; il y a, dans l'état présent des choses, des garanties nombreuses, des satisfactions réelles, des progrès continus, un ensemble d'instruction dont vous vous êtes montrés satisfaits, car la généralité de vos vœux consiste à les étendre et à les affermir.

Le souvenir de 89 était rappelé tout à l'heure devant vous. Il y a une grande différence entre cette assemblée et celles dont le souvenir, n'eût-ce été que par le nombre et par les lumières, a dû se présenter à l'habile et éloquent interprète qui a pris la parole en votre nom. C'est que lorsque nos pères se rassemblaient ainsi, c'était pour détruire, et les premiers de vos votes ont eu pour premier résultat de consolider, d'affermir.

Une de nos Facultés, une de celles qui a brillé du plus vif éclat entre toutes les autres, et qui, par ses connaissances héréditaires et traditionnelles, est digne des plus grands honneurs, cette Faculté s'est inquiétée de voir l'existence des Facultés actuelles mise en question. Vous avez répondu à la dignité de sa sollicitude par un vote décisif. La première expression de votre pensée a consacré les trois Facultés dont s'honore la France; vous avez eu raison.

Si la Faculté de Montpellier, par exemple, par des circonstances qui ne tiennent point à elle, mais qui tiennent au déplacement de toute chose dans notre patrie, à cette centralisation contre laquelle le devoir de notre ministère est de lutter, tandis que les autres ministères s'y attachent davantage, si, par suite de ce fait immense qui ne tient à aucun homme, mais qui tient aux institutions, la Faculté de Montpellier ne semble pas projeter aujourd'hui d'aussi vives lumières, croyez qu'il est utile qu'il y ait un corps médical auquel on adresse ce reproche d'être spéculatif. Mon intérêt de grand-maître de l'Université est de favoriser ces tendances diverses. Il naît de là, de ces oppositions, de ces contrastes, des luttes qui font briller de plus vives lumières. A Paris, la pratique est plus savante; à Montpellier, la théorie est plus pratique; et, ce que je dis de Montpellier, je le dirais de Strasbourg, si je n'avais eu soin, par une expression générale, de faire entendre que j'appliquais à ces deux Facultés la même pensée, la même estime. Je n'insiste que pour mar-

quer le caractère du Congrès et expliquer l'empressement que j'ai mis à venir parmi vous.

Parmi les vœux que vous avez exprimés, il en est qui ne ressortissent pas à mon département; tels sont ceux qui concernent l'exercice illégal de la médecine, les répressions dont cet exercice illégal peut être l'objet, les lacunes qui existent dans notre législation sous ce rapport; peut-être les conseils de médecine, ou du moins ce n'est que partiellement que mon autorité et par conséquent ma responsabilité s'étendent sur cet ordre d'institutions. Je puis dire qu'il n'y a pas un de vos vœux que je n'aie vu passer avec une satisfaction personnelle et publique, car je puis dire qu'ils sont tous d'anciennes connaissances pour moi, que tous ont été agités, produits, défendus, favorablement accueillis dans une commission que je m'honorerai toujours d'avoir présidée, et qui avait mis au jour un travail dans lequel l'Université avait marqué sa sollicitude pour les intérêts médicaux, dans lequel elle l'avait montrée d'autant mieux qu'elle était éclairée par un esprit dont la vigilance égale les lumières, dont la vigilance est de toutes les heures.

Ces vœux, messieurs, ceux sur lesquels mon action est directe et personnelle, sont de deux natures. Il en est que je puis à l'instant convertir en actes de la puissance publique. D'autres doivent avoir la sanction du gouvernement du roi; ceux-là, je ne puis que les porter dans les conseils de la couronne; et ensuite m'appliquer à faire prévaloir devant les trois pouvoirs législatifs ceux que le gouvernement considérera comme l'expression des intérêts du corps médical et de la société. Parmi les premiers se rencontre, par exemple, le vœu que vous exprimez pour l'extension de quelques branches dans nos Facultés. Ce vœu, je me fais un devoir de l'accueillir avec d'autant plus d'empressement, que j'y vois un hommage rendu par vous à ces grands corps. Les Facultés n'ont pas enseigné l'histoire et la philosophie de la médecine, et elles ont regretté autant que vous de ne pouvoir le faire; et si ces hommes qui sont l'honneur de la science en France et en Europe, si ces hommes avaient détourné leur enseignement du but vers lequel il devait être dirigé pour s'occuper de matières qui n'y étaient pas comprises, l'Université les aurait fait rentrer dans la voie dont ils se seraient écartés. L'enseignement, messieurs, n'appartient pas au professeur; il doit se renfermer dans le cadre qui lui est imposé. Que diriez-vous si le professeur d'anatomie, de chimie, de physique, allait entrer dans les vues spéculatives et générales, dans ces souvenirs historiques indispensables au médecin, il est vrai, car on ne sait la science que quand on sait par où elle a passé, mais inutiles et déplacés dans les premiers temps d'un enseignement élémentaire? Ces chaires n'existaient pas, messieurs; elles seront proposées dans le budget que dans quelques semaines je dois déposer sur le bureau des Chambres.

Vous avez exprimé un vœu relatif à une des branches du corps enseignant, à l'agrégation. Ce vœu, je l'approuve : et sous ce rapport il m'est facile de m'expliquer devant le Congrès; car le jour où le roi remit en mes mains le portefeuille de l'instruction publique, les agrégés, se rappelant mes dispositions à leur égard et les dispositions que je leur avais témoignées lors de ma première administration, m'exprimèrent les vœux mêmes qui viennent de sortir du Congrès.

Et, d'accord en cela avec le Conseil de l'Université, je répondis aux agrégés qu'un budget ne serait pas présenté sans que justice fût rendue à leurs travaux et à leurs services. Vous voulez de plus que, dans le nouvel ordre d'examens, une part plus large soit faite aux agrégés. Cette pensée est depuis longtemps arrêtée dans le Conseil de l'Université.

Vous avez traité une question grave et délicate à l'égard du corps enseignant, à l'égard de ces professeurs qui, appesantis par l'âge, fatigués peut-être par l'exercice même de leurs fonctions, perpétuent un enseignement consacré par une longue expérience, par une longue autorité. Il y a là matière à méditation et j'ai vu que vous aviez eu l'intention de faire passer dans la loi de l'enseignement une partie des dispositions auxquelles l'État s'est arrêté pour les plus illustres de ses défenseurs. Apparemment, puisque la loi l'a voulu, ce régime était bon pour l'armée. Je ne l'appliquerai point au corps enseignant. Je n'admettrai point qu'il doive y avoir une époque avancée de la vie où, précisément parce que les forces s'épuisent, que le front se couvre de cheveux blancs, que le moment est arrivé de suspendre les travaux; je n'admettrai pas qu'à cette époque on doive passer d'une position restreinte à une position plus restreinte encore. J'aviserai à ce que tous ces intérêts soient ménagés; que l'on concilie le respect dû à la vieillesse avec les égards dus à l'instruction des jeunes gens; que l'enseignement puisse être suspendu pour ces doyens de la science, sans que les ressources leur manquent, sans que l'on réduise encore plus l'honorable modicité de fortune dont ils jouissent. (Applaudissements.)

Les Écoles préparatoires vous ont occupés. Dans cette sagesse qui a plané sur vos travaux, vous avez pensé qu'elles devaient être maintenues; vous vous êtes prononcés pour le fait existant; vous lui avez donné la consécration de vos suffrages.

Un vœu a été exprimé, que les écoles de pharmacie fussent plus indirectement attachées à l'Université; qu'elles passassent tout entières sous son autorité; qu'elles ne relevassent que d'elle. Vous avez eu raison; la dignité de l'enseignement médical y est intéressée. Je me propose, messieurs, de demander immédiatement aux Chambres les moyens de pourvoir, ne fût-ce que partiellement, aux vœux exprimés par le Congrès; je dis partiellement, parce qu'il faut dans toutes les choses de la politique procéder avec mesure, parce que le chiffre qui doit être pro-

posé pour ces améliorations tout entières est tellement considérable, qu'il serait peut-être de la sagesse des ministres d'accepter des tempéraments pour les mieux assurer. (Applaudissements.) Mais j'aurai soin que ces mesures, prises dans l'intérêt de l'enseignement, de la science, tournent au profit de la science.

Sous un autre rapport, je ne restituerai pas aux villes leurs sacrifices; il faut qu'ils aient une autre portée, qu'ils concourent toujours à l'exécution d'une même pensée, qu'ils s'appliquent au matériel de vos écoles, qui vous a paru avec raison incomplet, et dont le développement est indispensable au but que nous voulons atteindre. Nous devons offrir des garanties à la science en même temps qu'aux familles. Nous devons prendre des mesures telles, que l'on ne puisse craindre de voir se restreindre la population médicale au delà de ce qu'exigent les besoins du pays et les nécessités de la santé publique.

Messieurs, de grandes questions générales ont été produites et devaient l'être. Je vais les caractériser en peu de mots. Vous avez traité la question de l'enseignement libre, celle de la réduction du corps médical à une seule classe, la question du concours, la question de l'immixtion au corps des Facultés de juges pris en dehors des Facultés. Messieurs, ces questions méritaient votre examen, et seules elles auraient justifié les délibérations du Congrès. Sur ces questions, le gouvernement du roi se rendra compte de ce que demande le corps médical, de ce qu'exigent ses besoins.

Le corps médical a un triple caractère; c'est ce qui a fait sa forte situation. C'est une profession à la fois utile non-seulement à tous les intérêts essentiels, mais à toutes les sollicitudes intimes de la famille et de la société. C'est une science qui se rattache à toutes les sciences indispensables et au profit de laquelle tournent tous les progrès. C'est enfin un ministère, une mission de charité, comme on l'a dit dans cette enceinte, et cette mission relève votre caractère. Oui, vous êtes les missionnaires de la charité. De même que partout où il se trouve des douleurs morales il faut qu'il y ait un prêtre pour les consoler, partout où il se montre une douleur physique il faut qu'il y ait un médecin pour la guérir. (Très bien.) C'est là une préoccupation qui sera présentée au gouvernement du roi dans toutes ses conséquences. Je vous dirai seulement une chose, c'est que ces questions controversées qui ont mis les esprits les plus puissants en présence, ces questions seront mûries, pesées, avant d'être débattues devant les pouvoirs publics, avec un poids de plus dans la balance, celui des vœux que vous avez exprimés et de la manière dont vous les avez exprimés.

Il est un vœu que je n'oublierai pas : c'est celui de voir nos Écoles préparatoires faire comme nos armées, passer les mers, aller chercher ces terres si nouvellement françaises que vous avez raison de revendiquer. Si c'est par la guerre qu'elles ont été conquises, c'est par la civilisation qu'elles doivent être conservées. (Applaudissements.)

Vous voyez déjà, comme j'espère la voir bientôt, l'Algérie passer à l'état de province française. J'aspire au jour où ses écoles pourront être universitairement constituées, où elle aura ses recteurs de l'Académie, où son collége sera collége royal, où elle aura une Faculté des lettres, où une École préparatoire de médecine viendra en aide aux officiers de santé de nos armées, qui soignent les blessures de nos soldats sur le champ de bataille; donnera aux populations ces exemples de bienveillance, de dévouement et de charité qui nous font des conquêtes plus sûres que celles de nos soldats. Il y a de grandes raisons pour que nous nous hâtions de réaliser ce vœu du Congrès. La race arabe n'est accessible que par la religion et la médecine: la religion nous sépare, la médecine nous rapprochera. (Applaudissements.)

On sait quelle importance ce peuple attache sous ses tentes à ces forces de la vie qui sont tout pour lui, qui sont sa richesse, ses moyens de négoce, de combat, et par cela même quelle importance il attache aux paroles savantes qu'il pense devoir les lui rendre; on sait quel respect il porte au médecin qui a prouvé que sa science n'est pas vaine, qu'elle repose sur une expérience positive, sur des moyens sûrs. Les médecins sont les missionnaires de conquêtes pour la France, de civilisation bien plus encore. Nous verrons l'École d'Alger suivie par les médecins et les élèves arabes qui portent sous la tente de leurs compatriotes les trésors qu'ils auront puisés chez vous. Vous aurez servi à la fois la science et le pays.

Messieurs, vous allez retourner dans les départements que vous avez quittés en si grand nombre pour y discuter les intérêts communs: dites à ceux qui vous ont délégués que le gouvernement du roi veille sur tous les intérêts, qu'il s'occupe des besoins de la société, qu'il cherche à les comprendre, et fait, quand il le peut, tous ses efforts pour les satisfaire. Vous n'avez pas exprimé un vœu qui n'ait été entendu, qui ne soit accueilli et ne soit bientôt exaucé, s'il ne se trouve pas en présence d'intérêts de même nature, mais plus grands encore que les nôtres.

Messieurs, il a été parlé au commencement de cette séance d'une solennité digne de vous; j'éprouve un regret profond, c'est que d'autres devoirs ne me permettent pas de me réunir à vous et de réclamer le droit de conduire le deuil du savant illustre auquel vous allez rendre un noble et magnifique hommage. Que cette occasion me soit donnée de vous dire qu'un autre de vos vœux est déjà satisfait. Il n'est pas vrai de penser que les galeries de Versailles portent écrits sur leur fronton ces mots: *A toutes les gloires de la France*, sans que les vôtres y soient rassemblées aussi. En ce moment même, la toile et

le marbre travaillent pour les galeries de Versailles à faire revivre une collection de vos grands hommes dont j'ai donné la liste au prince illustre qui veille avec sollicitude sur tous les intérêts du pays. Assurément les traits de Bichat y revivront; vous pouvez aller avec sécurité dans ces galeries, vous n'y trouverez pas seulement l'image des guerriers qui ont agrandi la France ou qui l'ont défendue : vous y trouverez encore les images de vos ancêtres, de ceux qui l'ont honorée par la science, qui ont été vos devanciers, qui seront vos modèles, et qui trouvent parmi vous un si grand nombre d'imitateurs. (Applaudissements, acclamations unanimes et réitérées.)

16 novembre.

Cette journée a été consacrée à la translation des restes de Bichat. Un service funèbre a été célébré dans l'Église métropolitaine de Paris dont la grande nef ne pouvait contenir la foule de médecins et d'élèves qui se pressait dans son enceinte. Son corps a été transporté de là avec pompe, sur un char orné de lauriers, au cimetière de l'Est où plusieurs discours ont été prononcés. Nous renvoyons au prochain numéro les détails sur cette imposante cérémonie.

(*La suite au prochain n°.*)

REVUE CLINIQUE.

II. Clinique médicale.

Du développement simultané de la variole et de la vaccine.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'attention se trouve appelée sur cette importante question qui vient d'être récemment mise à l'étude dans les services de MM. Rayer et Bouillaud, à la Charité. Il y a déjà quelques années, un médecin distingué de l'Allemagne, le docteur Eichorn, dont la science regrette aujourd'hui la perte, essaya l'influence de la vaccine au début des prodromes de la variole, et il arriva à cette conclusion que la première modifie encore la seconde à cette époque ; mais pour cela il faut faire un nombre considérable de piqûres, une cinquantaine. Le dernier rapport fait à l'Institut pour le prix de la vaccine (1) a fait voir qu'il restait encore beaucoup à apprendre. Mais depuis cette époque bon nombre de recherches ont été faites de tous côtés sur ce sujet que l'on peut considérer comme étant resté à l'ordre du jour. Nous exposerons d'abord les deux faits que nous avons eus sous les yeux; puis ensuite deux autres qui s'y rapportent, et nous verrons à quelles conclusions les uns et les autres peuvent aujourd'hui conduire.

Obs. I. — Le 30 mai 1845, entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, un garçon de 17 ans, non vacciné, et qui jusque-là n'avait eu aucune fièvre éruptive. Il se sentait mal depuis quinze jours environ. Il avait eu d'abord une courbature générale avec faiblesse; plus tard il avait eu des vomissements, quelques éblouissements ; jamais de douleurs lombaires.

Le 31, la face était rouge et la physionomie générale exprimait l'inquiétude; agitation ; respiration précipitée ; douleur vive dans le côté droit de la poitrine et expectoration muqueuse, mais sans que l'auscultation ni la percussion révèlent rien ; battements du cœur forts. Bouche mauvaise ; langue rouge à la pointe et sur ses bords, sale au milieu ; inappétence; peau chaude et sèche ; pouls fréquent et développé. On fait une saignée de 500 grammes qui fournit un caillot riche, épais et ferme, mais sans couenne.

Le 1er juin, il n'y a pas de changement notable. Le 2, on vaccine le malade avec du vaccin sec.

Le 3, le malade a un accès d'épilepsie; il tombe de son lit et perd connaissance pendant quelques minutes; pas d'écume à la bouche.

Le 4, on voit un petit caillot sanguin à la place de chaque piqûre vaccinale. Le 6, une des piqûres du bras droit et deux de celles du bras gauche sont entourées d'une aréole rouge. Le 8, la rougeur de ces mêmes piqûres a augmenté ; il existe une légère saillie à la surface de la peau, et le centre commence à blanchir. Le 9, les pustules se prononcent davantage ; elles ont un diamètre de 2 centimètres et une élévation de 1 millimètre. Le centre en est blanc et légèrement déprimé; l'aréole inflammatoire est peu étendue. Le 11, les trois pustules se sont encore élargies et offrent un diamètre de 3 centimètres; leur circonférence est sans induration et d'un rouge violacé.

Mais en même temps apparaît l'éruption variolique, neuf jours après la vaccination, vingt-huit après le début des prodromes.

Cette variole a suivi sa marche ordinaire. Ce qu'elle a offert de remarquable par rapport au fait de la vaccination, c'est l'absence de fièvre de suppuration, une éruption généralement discrète, mais particulièrement au visage, avec ptyalisme très peu abondant et ayant à peine duré deux jours.

Le pus des pustules vaccinales de cet individu a été inoculé sur deux malades non vaccinés, aux quatorzième et quinzième jours de l'éruption : la vaccine chez tous les deux a été fort irrégulière.

M. Rayer, en signalant ce cas à l'observation de la nombreuse assistance qui suit d'ordinaire ses visites, si pleines d'intérêt sous le point de vue de la pathologie, avait engagé M. Cléraut, un de ses élèves, à en faire le sujet de sa thèse inaugurale. Nous verrons plus loin quelles sont les conséquences que ce dernier a tirées de ce fait, lesquelles sont, sans doute, l'expression des opinions de son maître.

Voici maintenant un cas de vaccination au début de l'éruption variolique qui a été plus récemment observé dans le service de M. le professeur Bouillaud, alors suppléé par M. Am-

(1) Voy. nos numéros de juin et de juillet dernier.

broise Tardieu, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris :

Obs. II. — Un jeune garçon glacier, agé de 18 ans, a été pris le 17 septembre 1845 de symptômes fébriles assez intenses, pour lesquels il a été saigné au bras le lendemain. Dans la matinée du 20, il survint une éruption varioliquc. Ce jour-là même, M. le docteur Flandin, apprenant que ce malade n'avait jamais été vacciné, lui pratiqua l'inoculation vaccinale ; voulant compenser, si faire se pouvait encore, le temps perdu, par l'énergie de celle-ci, il fit une quinzaine de piqûres à chaque bras, suivant la méthode d'Eichorn. Il se servit du vaccin conservé entre deux lames de verre.

Le malade entra à la Charité le lendemain 21, et fut placé au n° 8 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Il portait déjà un grand nombre de pustules varioliques, surtout à la face ; l'éruption tenait le milieu entre celles qu'on appelle discrètes et celles dites confluentes, mais se rapprochant plutôt de ces dernières. Il y avait peu de fièvre. La vaccination n'avait pas encore donné de résultat.

La variole parcourut toutes ses périodes avec une grande rapidité, sans fièvre secondaire et sans gonflement de la face ni des extrémités. La desquamation s'était déjà opérée du septième au dixième jour de l'éruption que les piqûres de l'inoculation vaccinale présentaient encore le même aspect. Les cicatrices de la variole affectèrent ensuite la forme papuleuse qui indique une variole modifiée.

On avait, depuis quelques jours, négligé d'examiner l'état des bras. Ce fut le malade lui-même qui, le 5 octobre suivant, dit à M. Tardieu que depuis cinq jours il s'apercevait que la vaccine prenait à son bras. On découvrit, en effet, au bras droit, au niveau des piqûres restées apparentes, quatre pustules vaccinales déjà presque entièrement desséchées ; ces quatre pustules étaient larges de 5 à 10 millimètres ; l'une d'elles était recouverte d'une croûte épaisse et brune ; les autres contenaient un liquide en grande partie desséché ; elles étaient entourées d'une aréole circulaire très étroite d'un rouge vif et sans tumeur vaccinale.

Nous rapporterons ensuite incidemment une observation dans laquelle on a vu aussi la vaccine et la variole se développer simultanément. Ce fait a été dernièrement publié dans le *Journal de médecine de Toulouse* par M. le docteur Bérenguier, chirurgien de l'hôpital de Rabastens.

Obs. III. — M. Bérenguier vaccina Rosalie Durel, enfant de 18 mois, principalement dans le but de modifier chez elle une éruption dartreuse qui lui recouvrait tout le corps, à l'exception du cuir chevelu, et dont rien n'avait pu calmer la violence. Huit autres enfants furent vaccinés le même jour avec le même vaccin ; ils eurent tous de belles pustules vaccinales. Ils furent revus le quatrième jour par M. Bérenguier qui remarqua en particulier sur Rosalie Durel, à l'endroit des piqûres, une légère élevure rouge indiquant que l'inoculation avait réussi.

Huit jours après (douzième de l'inoculation), M. Bérenguier, rappelé par les parents de la petite fille, trouva chez cette enfant une véritable variole confluente présentant cette particularité remarquable qu'elle n'avait envahi que les deux bras et qu'elle ne s'étendait ni au-dessus de l'acromion, ni au-dessous du coude. Au delà de ces deux limites, on ne voit que quelques pustules et des croûtes disséminées sur les parties voisines. Le bras droit n'offrait qu'une vaste surface purulente, recouverte encore par l'épiderme ; aux alentours on voyait plusieurs pustules parfaitement ombiliquées ; on voyait quelques pustules discrètes sur le sternum et sur la région dorsale entre les deux épaules ; il n'en existe aucune sur la figure ; on n'en compte que trois sur le devant du cou.

L'inoculation vaccinale n'avait fourni au bras droit qu'un seul bouton de vaccine qui se trouvait comme perdu au milieu de l'éruption variolique. Mais au bras gauche on voyait deux pustules varioliques qui les entouraient ; elles étaient plus larges, plus étalées, plus blanches ; l'une d'elles offrait la forme ovalaire.

La vaccine paraissait avoir attiré la variole tout entière vers les bras. Ce fait parut si singulier à M. Bérenguier qu'il voulut en rendre témoin un de ses confrères, M. le docteur Amédée de Clausade. Tous les deux remarquèrent que la physionomie générale des pustules se rapportait plutôt à celles de la variole qu'à celles de la vaccine ; les pustules discrètes leur parurent n'avoir presque pas d'aréole inflammatoire et revêtir une forme parfaitement ronde, tandis que les deux pustules vaccinales du bras gauche étaient ovalaires.

La mère de l'enfant fit observer que la vaccine et la variole avaient mis presque complètement en fuite l'éruption dartreuse. Mais l'enfant avait encore de la fièvre et était très assoupie.

Deux jours après, commencement de dessiccation des pustules discrètes. Les deux boutons de vaccine du bras gauche sont bruns aux centre. Cinq jours après (dix-neuvième de l'inoculation), tout tend à la dessiccation ; on ne voit plus que des croûtes brunes et dures ; celles des pustules dues à l'inoculation de la vaccine sont déprimées dans leur centre ; les autres sont plus plates ; quelques-unes même sont acuminées. Un mois après, il ne restait de toutes ces croûtes que des taches rouges. L'affection dartreuse semblait avoir disparu.

Aujourd'hui cette enfant ne présente plus aucune trace de variole ; elle offre, au bras gauche seulement, une cicatricule que M. Bérenguier croit pouvoir rapporter à l'une des pustules vaccinales qui se développèrent isolément au milieu des pustules varioliques.

Ce dernier fait se rapproche singulièrement, sous le rapport de la marche indépendante des deux éruptions, d'un cas qui nous a été communiqué par M. le docteur Hahn, médecin des eaux d'Aix-la-Chapelle, et que nous avons inséré dans notre n° d'août dernier. Si nous n'avions déjà publié cette observation, ce serait ici qu'elle trouverait naturellement sa place en regard des précédentes; nous engageons donc nos lecteurs à s'y reporter. Les quatre observations précédentes (parmi lesquelles nous comprenons celle de M. Hahn citée pour mémoire, mais qui est une pièce en quelque sorte indispensable), ces quatre faits, disons-nous, se partagent assez naturellement en deux séries. Les deux premiers sont très favorables à une théorie que l'on pourrait appeler celle de l'influence réciproque de la vaccine et de la variole; les deux derniers serviraient, au contraire, de base à la théorie de la marche simultanée, parallèle, mais d'ailleurs indépendante, des deux affections. Ces deux théories ont leurs partisans exclusifs. La première est exposée fort au long dans la thèse de M. Cléraut et elle a pour ses défenseurs l'auteur de cette thèse, M. Rayer et M. A. Tardieu; la seconde est soutenue par M. Bousquet, de l'Académie de médecine, un des lauréats de l'Institut pour le dernier prix de vaccine.

Nous avons dit que le cas observé dans le service de M. Rayer avait été le point de départ de la thèse soutenue par M. Cléraut. Dans ce travail l'auteur a réuni cent dix observations déposant, selon lui, de l'influence réciproque de la vaccine et de la variole.

La première observation offre à noter à cet égard les circonstances suivantes : 1° du côté de la vaccine, la lenteur de l'éruption, l'absence de l'induration sous-cutanée, le peu d'étendue de l'aréole inflammatoire et l'irrégularité de la vaccine produite par l'inoculation du pus de ces pustules vaccinales; 2° du côté de la variole, l'absence de la fièvre de suppuration, la discrétion de l'éruption.

Mais, dira-t-on, cette bénignité de la variole s'observe tous les jours sans que la vaccine intervienne. On peut répondre à cela avec M. Rayer que, dès le début, la marche de la maladie peut être en quelque sorte calculée d'après le degré d'intensité de la fièvre. Or, l'intensité des prodromes, dans l'espèce, et la violence du mouvement fébrile faisaient présager une variole confluente et grave. On vaccine et l'on a une variole, discrète, apyrétique à sa période de suppuration. Ainsi on peut supposer que la vaccine a exercé une influence notable sur la variole, quoique ce seul fait soit loin de le démontrer rigoureusement. M. Cléraut pense que si le vaccin eût été plus actif (on s'est servi de vaccin sec), s'il eût été pris sur un bras, la modification de la variole eût été plus profonde. Soit; mais, en admettant cette supposition, l'auteur se prive d'un argument en faveur de cette partie de sa thèse relative à l'influence de la variole sur la vaccine. Si son vaccin était de médiocre qualité, il n'y a plus besoin de s'en prendre à la variole pour expliquer la lenteur de l'éruption vaccinale et ses autres modifications. Cela s'observe tous les jours chez des individus non variolés antérieurement ni actuellement, et on l'explique, soit par la détérioration du virus vaccin, soit par l'inaptitude des sujets à en subir l'influence.

Ainsi, le fait observé dans le service de M. Rayer prouve, tout au plus, l'influence de la vaccine sur la variole même à l'époque d'incubation. Celui de M. Ambroise Tardieu a beaucoup plus de valeur sous le point de vue de l'influence réciproque de deux éruptions.

Dans l'observation II, en effet, la variole a été très notablement modifiée quoique l'inoculation vaccinale n'eût été faite qu'après l'apparition de l'éruption variolique, et ce qu'il y a de plus remarquable c'est que cette influence de la vaccine s'est faite avant l'éruption des pustules vaccinales, circonstance qui donne raison à ceux qui pensent que l'action vaccinale a sa source dans l'introduction du vaccin dans l'organisme et est indépendante du parfait développement du bouton vaccinal. Ce n'est qu'après la desquamation de la variole que les pustules de la vaccine se montrent à leur tour, parcourent rapidement leurs périodes et offrent tous les caractères d'une vaccine modifiée. Cette modification de la vaccine a-t-elle été due ici à la marche de la variole, ou à ce qu'on s'est servi de vaccin sec? C'est là un point de la question que nous ne voulons pas aborder.

Les deux autres observations, celles de M. Bérenguier et de M. Hahn, nous offrent une série de faits tout-à-fait opposés. On y voit le virus vaccin et le virus varioleux se développer simultanément et parcourir leurs périodes en conservant leurs caractères respectifs. Cependant une circonstance fort singulière qui s'est présentée dans l'observation III tendrait à démontrer que la vaccine n'a peut-être pas été tout-à-fait sans influence sur la variole : c'est la confluence de l'éruption varioleuse aux deux bras, sa discrétion et son absence même en d'autres points. Il semble que la vaccine ait, comme le dit l'auteur, exercé une puissance d'attraction sur la variole. Voilà certes un fait bien étonnant et qui se refuse à toute explication, surtout si on le compare aux précédents.

L'observation de M. Hahn est la moins favorable à la théorie de l'influence réciproque des deux virus. Un enfant de douze mois est vacciné; il paraît au bout de sept jours dans de si bonnes conditions qu'on se sert de la lymphe de ses boutons pour vacciner quatre autres enfants. Le lendemain cet enfant devient malade; le neuvième jour il a de l'assoupissement, des vomissements, une fièvre violente. Le dixième jour, éruption varioliqne *confluente*, à la face surtout, qui met en danger la vie de l'enfant; les boutons varioliques offrent la dépression ombiliquée caractéristique au commencement de la suppuration,

laquelle s'accompagne de fièvre. Or, au milieu de tout cela, les boutons vaccinaux marchent comme si de rien n'était et se dessèchent vers les treizième et quatorzième jours.

Cette dernière observation, publiée quelques jours avant que M. Clérault soutînt sa thèse, l'a singulièrement embarrassé; car elle dérangeait sa théorie de la réciprocité d'action. Tout en la citant, M. Clérault s'est rejeté sur le manque de détails suffisants pour légitimer une conclusion, et il finit par dire que ce n'est, après tout, qu'une exception, et qu'on ne saurait opiner d'après une exception. Oui sans doute, cette observation est courte et peu détaillée; mais il en est de même de la précédente, il en est de même de celle de M. Tardieu, et cependant les faits sont assez clairement exposés dans les unes et dans les autres pour qu'on en déduise des conséquences; ils y sont même bien plus frappants que dans le cas de M. Rayer, bien que ce dernier soit détaillé dans la thèse de M. Clérault avec un luxe de détails qui semble ne laisser rien à désirer. Les observations courtes, et prises en quelque sorte à la volée, ont souvent cela de bon qu'elles ne sont que l'expression des faits frappants et ne portent pas le cachet de ces idées préconçues qui influencent trop souvent l'observateur, même malgré lui, surtout lorsqu'il s'est chargé de défendre une théorie.

A ce titre, nous n'hésitons pas à dire que les deux observations les plus intéressantes relativement à la question que nous discutons sont précisément les plus courtes, celle du service de M. Tardieu (obs. II) et celle de M. Hahn. Or elles mènent l'une et l'autre à des conclusions diamétralement opposées. La première conduit à la théorie de la réciprocité d'action, de l'antagonisme de la vaccine et de la variole; celle de M. Hahn mène à la théorie du parallélisme de développement et de l'indépendance des deux affections, théorie qui est défendue à outrance par M. Bousquet.

M. Bousquet soutient que les deux éruptions marchent ensemble dans la plus parfaite indépendance, en vertu d'une sorte d'équilibre nécessaire, lequel implique la négation de toute relation spécifique entre les deux virus. Personnellement interpellé dans la thèse de M. Clérault, il a répondu que le fait sur lequel celui-ci s'appuie particulièrement, la première observation, et dont il a été aussi témoin, grâce à l'obligeance de M. Rayer, que ce fait, disons-nous, n'a rien changé à son opinion; que, pour lui, il a vu plusieurs fois la variole tuer son monde en présence de la vaccine, notamment dans l'épidémie de Marseille, en 1828, où seize varioleux ont succombé, la variole et la vaccine marchant ensemble.

Nous acceptons donc les quatre faits précédents, sans nous croire obligés pour cela d'accepter les théories proposées à ce sujet et dont aucune n'est exclusivement vraie. Mais il est une conséquence réellement utile en pratique que l'on peut tirer, ne fût-ce que par exception, des deux premières observations : c'est que lorsqu'un individu non vacciné est menacé de la variole, l'inoculation de la vaccine doit lui être pratiquée non-seulement pendant la période d'incubation, mais même au début de l'éruption. On peut espérer de modifier ainsi l'éruption variolique, de transformer la variole en varioloïde, et de préserver ainsi le malade des dangers de la fièvre secondaire.

OPHTHALMOLOGIE.

III. Études pratiques sur la cataracte (1).

Variétés de la cataracte dure.

1re variété. — Cataracte verte.

Beaucoup de praticiens pensent que la cataracte verte est ordinairement compliquée de glaucôme; il n'en est rien cependant: cette coloration particulière, difficile à expliquer, ne semble être que le plus haut degré de la couleur jaune-orangé normale du cristallin chez les individus âgés de plus de 40 ans. Elle n'a rien qui ressemble à celle du glaucôme, et il est difficile de comprendre que M. Mackenzie (2) ait écrit que « la cataracte verte est une complication de la cataracte avec le glaucôme, » car il suffit d'avoir vu une fois ces deux maladies l'une près de l'autre pour reconnaître qu'elles ne se ressemblent en aucune façon. L'opacité, dans le glaucôme, est vert-bouteille sale, concave, située profondément dans la coque oculaire. Dans la cataracte verte, elle est d'un vert jaunâtre, brillant vers la circonférence du cristallin, et très rapprochée de la pupille. Cette ouverture, dans le glaucôme, est large, immobile; l'iris est sale, gris-ardoisé; dans la cataracte verte, le jeu de l'iris est parfaitement conservé, de même que sa couleur et sa structure. L'opacité est générale, uniforme dans le glaucôme, tandis qu'elle est limitée dans la cataracte verte, et plus marquée dans l'axe antéro-postérieur de l'œil qu'ailleurs. La vision est abolie dans le glaucôme complet, ou présente des oscillations en rapport avec une névralgie fronto-orbitaire; rien de tout cela n'existe dans la cataracte verte, à part l'abaissement permanent de la vue, comme dans les autres cataractes simples. En somme, toutes les membranes de l'œil sont plus ou moins altérées dans le glaucôme; tandis que la lentille seule est atteinte dans l'affection qui nous occupe. On pourrait croire que le diagnostic devient plus difficile lorsque le glaucôme se complique d'opacité du cristallin; cela n'est pas cependant, car la cataracte est alors le plus souvent très volumineuse et d'un blanc laiteux mat. Il y a d'ailleurs d'autres caractères qui dessinent cette maladie. A part la couleur, la cataracte verte est une cataracte dure, simple, et parfaitement opérable.

2e variété. — Cataracte noire.

La cataracte noire est l'une de celles qui

(1) Voyez le commencement dans le dernier n°.
(2) Mackenzie, *loco citato*, p. 524.

présentent le plus de densité : il serait impossible aujourd'hui de révoquer en doute son existence, ainsi que l'ont fait Dupuytren et Delpech qui n'en ont jamais vu dans leur immense clientèle. L'observation de Pellier, celle de Wenzel le père, ne laissent aucun doute, et il en est de même de celle de Graëfe et de celles plus nombreuses de Lusardi.

La cause de la couleur noire de cette cataracte n'est point mieux connue que celle de la cataracte verte; les uns l'attribuent à la mélanose (Rosenmüller), les autres à la présence du manganèse (Langenbeck).

Les symptômes anatomiques se confondent avec ceux de l'amaurose, à cause de la couleur noire de la pupille. Cependant on voit quelquefois vers le pourtour de la lentille des stries blanches, si l'on instille de la belladone comme le fit Graefe sur le duc de Cumberland qu'il opéra avec succès. L'opacité noire présente dans tous les cas une couleur mate qui tire un peu sur le brun, couleur que ne présente jamais le fond de l'œil. L'iris est mobile; la vision est meilleure à un demi-jour; jamais elle n'est complètement éteinte. Des caractères différentiels assez tranchés et en dehors de ceux que nous venons d'énumérer distinguent assez bien cette maladie de l'amaurose et d'une autre variété de cataracte qui a reçu le nom de pigmenteuse. Nous les donnons en détail en parlant de cette dernière espèce de cataracte.

Au demeurant, la cataracte noire est une variété rare de la cataracte lenticulaire dure; elle ne présente, sous le rapport du pronostic et de l'opération, rien de particulier lorsqu'on l'a reconnue.

Autres variétés. — Cataractes osseuse, pierreuse, plâtreuse.

On a souvent trouvé la lentille ossifiée : presque toujours, dans ces cas, la plupart des membranes de l'œil sont désorganisées à un haut degré, et le globe atrophié; c'est presque toujours sur des individus très âgés, aveugles depuis un temps fort long, qu'on a rencontré ces espèces de cataractes. M. Middlemore (1) en a observé dix cas dans sa seule pratique. Presque toujours la capsule est ossifiée en même temps; quelquefois la lentille a la densité d'un cartilage, ainsi que l'a remarqué Cooper. Elle peut être partielle ou générale, comme l'a vu Gibson. Un cas très curieux est celui de Wenzel. La jeune fille qu'il opérait paraissait être atteinte d'une cataracte ordinaire : la capsule fut trouvée si dure qu'aucun instrument ne put la percer et qu'elle fut extraite en même temps que le cristallin. Morgagni, Saint-Yves, Maître-Jan, Heister, Janin, Gendron, Morand, etc., ont rapporté des cas à peu près semblables.

(1) Middlemore, t. II, p. 51.

II. Cataractes lenticulaires molles.

Cataracte lenticulaire molle au début.

Caractères anatomiques. — Nous avons vu que la cataracte lenticulaire dure commence par le centre, par le noyau du cristallin; c'est au contraire par sa surface ou substance corticale que débute la cataracte molle. L'opacité progresse ici en sens inverse, c'est-à-dire de la circonférence au centre. Jamais la cataracte molle ne frappe d'emblée la lentille dans une grande étendue; le plus souvent, une seule ligne opaque très petite, apparaissant dans les couches externes de la lentille, soit en avant, en arrière, soit à la circonférence, indique le commencement de la maladie; c'est donc par une ou plusieurs stries à la surface du cristallin que la cataracte molle débute. Nous chercherons à indiquer quelle est la marche de ces stries, afin que le praticien puisse les reconnaître immédiatement et aussi pour qu'il les distingue d'autres taches qui pourraient exister dans la capsule dont elles sont fort rapprochées.

Pour que l'étude du début de cette cataracte soit plus facile, nous décrirons la forme que prennent les opacités dans les couches antérieures superficielles du cristallin, dans les couches profondes de ce corps et dans sa circonférence.

Couches antérieures superficielles ou substance corticale antérieure du cristallin. — On voit sur la face antérieure du cristallin une ou plusieurs petites stries opaques d'un blanc jaunâtre plus ou moins marqué. Une extrémité de chaque strie est invariablement dirigée vers la circonférence de la lentille, tandis que l'autre l'est vers son centre. Souvent, lorsque la cataracte commence, on n'aperçoit sur le cristallin qu'un fragment de strie, tantôt rapproché du centre ou de la circonférence, tantôt isolé au milieu de la substance corticale. En allongeant, par la pensée, chacune des extrémités de cette strie opaque, on reconnaîtra qu'elles prennent la direction que nous avons indiquée. Si plusieurs stries semblables apparaissent, elles circonscrivent entre elles des espaces triangulaires dont les bases sont toutes dirigées vers la circonférence de la lentille et dont les sommets se réunissent vers son centre; souvent on ne reconnaîtra qu'un ou plusieurs fragments de triangles semblables. Il est à remarquer qu'au début, les lignes qui tracent les côtés des triangles sont seules opaques, et que la portion de substance corticale du cristallin comprise entre elles demeure très longtemps transparente. C'est souvent à travers ces parties encore saines du cristallin qu'on reconnaît l'état du noyau et de la substance corticale profonde. Après un temps plus ou moins long, ces parties saines se troublent, prennent une teinte blanc-bleuâtre à peu près uniforme. Les divisions triangulaires sont moins troublées, puis disparaissent. La lentille prend alors l'aspect qu'elle offre dans la cataracte molle complète

que nous allons décrire bientôt. Ajoutons, toutefois, que les couches externes antérieures du cristallin étant malades et présentant les formes que nous avons cherché à indiquer, les postérieures ne tardent pas à se prendre de la même manière, de sorte que le noyau du cristallin est enveloppé d'opacité et demeure cependant transparent, souvent pendant un temps fort long.

L'étude des formes toujours régulières de la cataracte molle à son début est d'un grand intérêt pratique; jusque dans ces derniers temps, ces stries opaques régulières ont été prises par les chirurgiens les plus distingués pour des opacités de la capsule et traitées comme telles.

Couches postérieures superficielles ou substance corticale postérieure du cristallin.—Les lignes opaques débutent par les couches externes profondes de la lentille, et suivent en tout point la même marche qu'en avant. Il est à remarquer seulement que ces lignes, suivant exactement la forme du cristallin, paraissent concaves. Lorsque plusieurs triangles partagent les couches externes en arrière, leurs sommets réunis d'abord au centre s'éloignent les uns des autres, se dissolvent dans le liquide morgagnien, et leurs débris, vus à travers toute l'épaisseur de la lentille, ressemblent presque à une végétation dont on serait tenté à tort de placer le siége dans la capsule postérieure. Très souvent le même phénomène se passe dans les couches antérieures, mais l'erreur est plus facile à éviter.

Circonférence du cristallin. L'opacité débute souvent par le pourtour de la lentille; tout le bord tranchant du cristallin devient opaque dans une étendue d'abord très limitée, et qui ne s'avance que très lentement vers le centre. Cette disposition est loin d'être rare, le cercle opaque se resserre de plus en plus et envahit la pupille en dernier lieu, aussi bien en avant qu'en arrière, quelquefois pourtant d'une manière inégale. C'est cette forme de la cataracte molle qui pendant longtemps demeure inaperçue parce qu'elle n'occasionne aucune gêne; c'est elle surtout qui échappe complètement lorsqu'on cherche à constater sa présence par le moyen de la bougie, procédé imaginé par Sanson et avant lui par Purkinje.

Que les stries opaques commencent dans le cristallin en avant ou en arrière, elles paraissent dans tous les cas exister dans la capsule tant elles en sont rapprochées; il est toujours facile de reconnaître que c'est dans le cristallin qu'elles siégent, si elles présentent dans leurs formes la régularité que nous avons indiquée. Nous avons étudié la marche de l'opacité isolément en avant, en arrière et au pourtour de la lentille; cependant il est assez rare que des opacités n'existent point en avant lorsqu'on en a constaté en arrière, et réciproquement. Il suffit de se rappeler la forme particulière des stries, leur arrangement, pour constater aisément le commencement de la cataracte qui nous occupe.

Quelquefois, pourtant, on devra s'attendre à une difficulté réelle, lorque les stries seront situées profondément, et qu'elles seront peu marquées. La pupille sera examinée alors avec soin et sous des jours différents; aucun des points de son étendue ne sera négligé, et l'observateur plongera le regard aussi profondément que possible vers la circonférence du cristallin.

Lorsque la cataracte est plus avancée, on voit des plaques qui le plus souvent sont jaunâtres, de couleur ambrée, quand elles occupent les couches profondes, tandis que si elles sont placées en avant elles ont une couleur d'un blanc laiteux, circonstance qui tient très certainement à ce que la lumière, pour arriver aux couches profondes, traverse la lentille dont le noyau a pris une couleur jaune remarquable. Ces plaques opaques se multiplient dans tous les sens, et la cataracte devient complète. S'il y a encore un certain degré de transparence à la surface de la lentille, si l'on voit quelques vestiges des triangles dont nous avons parlé, on peut être assuré que le centre du cristallin n'est pas ramolli et qu'il a même conservé sa texture normale. Ce n'est que plus tard, souvent après un temps fort long, qu'il aura perdu notablement de sa consistance.

Cataracte lenticulaire molle complète.

Caractères anatomiques.—Les couches corticales du cristallin, divisées en lambeaux triangulaires, se confondent avec le temps et prennent peu à peu une teinte uniforme, dans laquelle on n'aperçoit plus ni stries ni taches plus tranchées. Pour que la cataracte molle prenne cette uniformité, il n'y a qu'une question de temps dont la durée est différente selon les individus. Toute cataracte lenticulaire molle offre le même aspect. Le centre du cristallin n'est pas plus opaque que le reste; la couleur générale de la lentille est d'un blanc bleuâtre, laiteux, quelquefois un peu grisâtre; son ensemble est opaque; cependant sa surface semble être claire comme si un liquide transparent était placé entre la capsule et l'opacité. Dans quelques cas, et c'est surtout lorsque le ramollissement n'est pas arrivé à son plus haut degré, la cataracte molle paraît nacrée, brillante, quelque peu inégale de teinte en certains endroits, ce qui l'a fait confondre avec la cataracte capsulaire.

Le *volume* de cette cataracte est très grand; *la capsule* poussée en avant fait saillie dans la pupille et présente en cet endroit une convexité facile à reconnaître.

La *chambre postérieure* n'existe plus. Les cataractes molles congéniales, en général peu volumineuses, font exception à cette règle. Nous en dirons quelques mots plus loin.

L'*ombre portée* par l'iris sur la capsule n'existe pas, ces membranes étant en contact immédiat.

Le *cercle uvéen* est, en revanche, très apparent et fort large par ce double motif qu'il est

poussé d'arrière en avant et qu'il repose sur un fond blanc.

L'*iris* est bombé et présente dans la chambre antérieure une convexité d'autant plus forte que la cataracte est plus molle et plus volumineuse; ses mouvements sont ralentis ou nuls.

Caractères physiologiques de la cataracte molle.

Au début, la vision n'a subi très souvent aucune altération bien que l'opacité paraisse déjà considérable; c'est surtout lorsque les couches superficielles du cristallin éloignées de la pupille ont été atteintes les premières. Il en est autrement même lorsque quelques stries légères siégent dans la pupille; la vision est quelquefois très abaissée, bien qu'on puisse dire en général qu'elle est en rapport direct avec la somme d'opacité qui siége dans la lentille. Il n'est pas rare qu'au début les malades accusent la présence de mouches volantes; c'est là une complication qui ne paraît pas être toujours sérieuse.

Lorsque la cataracte molle est complète, les malades sont entièrement aveugles, aussi bien à un grand jour qu'à une lumière modérée; ils ne peuvent percevoir aucun objet, quelquefois même ils ne distinguent pas le jour de la nuit; ce caractère, rapproché de l'immobilité mécanique de la pupille, peut faire croire à une amaurose. J'ai vu plusieurs cas dans lesquels cette erreur a été commise.

Marche, pronostic. — La *marche* est ordinairement plus rapide que celle de la cataracte dure; cependant rien n'est précis à ce sujet. Je connais des vieillards qui portent dans les lentilles depuis cinq ans de nombreuses stries opaques qui n'ont point augmenté, tandis que j'en ai observé d'autres chez lesquels l'opacité a marché avec une singulière rapidité. Une dame de Versailles, par exemple, portait une cataracte complète sur un œil, l'autre n'offrant que quelques lignes opaques dans le pourtour du cristallin. Le lendemain du jour où je l'examinai, cette personne sortit pour se promener comme elle en avait l'habitude; mais, arrivée au milieu de la place d'armes, elle devint aveugle tout-à-coup et fut obligée de se faire conduire chez elle par un passant. Ce fait et quelques autres de même nature m'autorisent à croire que les cataractes qui se développent tout-à-coup peuvent bien dans beaucoup de cas avoir été précédées d'un commencement de ramollissement demeuré jusque-là inconnu. Le *pronostic* de la cataracte molle doit être réservé.

Variétés de la cataracte molle.

1re *variété.* — *Cataracte striée.*

(Synonymie.) — *Cataracte à trois branches, étoilée, fenêtrée, barrée, déhiscente, etc.*

Nous avons déjà décrit cette variété de la *cataracte molle*, en nous occupant des caractères anatomiques au début. Les stries, qui sont toujours régulières lorsque la maladie commence, se brisent quelquefois de bonne heure, et prennent à la face antérieure ou à la postérieure du cristallin des formes diverses; de là les noms de *cataractes barrées, fenêtrées*, etc... La *cataracte à trois branches* de M. J. Cloquet ne diffère en rien de la cataracte molle que nous avons décrite; seulement les descriptions qu'on en a données se rapportent au moment où l'opacité se montre sous la forme de trois lignes dirigées en sens différent et se touchant par l'une de leurs extrémités au centre du cristallin. Dans cette variété les stries s'allongent, se multiplient, comme nous l'avons déjà dit. La *cataracte déhiscente* n'a rien de particulier que le nom qu'elle porte; elle est en tout point semblable aux autres cataractes molles que nous avons décrites à leur début.

Dans toutes les cataractes striées, des lignes opaques convergeant vers le centre du cristallin partagent celui-ci d'abord dans ses couches superficielles, puis plus profondément, en morceaux triangulaires qui conservent pendant plus ou moins de temps leurs formes, mais qui finissent toujours à la longue par se dissoudre dans le liquide de Morgagni. De là l'origine des *cataractes liquides, morgagniennes, cystiques*, etc.

Il est cependant une exception à cette règle; il y a une variété de cataracte striée dans laquelle le ramollissement après avoir marché quelque temps s'arrête tout-à-coup; les parties liquides de la lentille se résorbent, et comme la circonférence, moins épaisse et moins dense que le reste, a disparu dans une certaine étendue, il en résulte un rapprochement de ces lignes qui formaient les côtés des triangles dont la base disparaît. La cataracte prend alors la forme d'une jolie fleur radiée d'un diamètre variable en rapport avec celui que le cristallin a conservé. La résorption de la lentille a été telle quelquefois que sa largeur est diminuée d'un quart et même d'un tiers et qu'autour de sa circonférence on voit le fond de l'œil parfaitement noir. Cette cataracte est exceptionnelle. Je l'ai observée le plus souvent chez des vieillards; elle s'est présentée une fois sur un jeune garçon de huit ans que j'ai opéré.

2e *variété.* — *Cataracte disséminée.*

Ici l'opacité se montre sous un aspect tout différent; on ne voit aucune strie à la surface du cristallin. Des points blancs très petits, des plaques de la largeur d'un demi-millimètre ou d'un millimètre au plus, se montrent dans son épaisseur, sans ordre et sur tous les plans. A un haut degré de la maladie, la lentille semble être criblée de petites taches blanches parfaitement isolées au milieu de la substance lenticulaire transparente et saine. Les uns considèrent cette cataracte comme le résultat d'inflammations partielles du cristallin et ne voient dans les taches que le produit de la

phlogose, tandis que d'autres n'y voient que des mortifications partielles.

Cette cataracte marche avec une lenteur extrême ; en général sa consistance est un peu plus grande que celle des cataractes striées.

3e *variété. — Cataracte congéniale.*

La cataracte congéniale a un aspect tout particulier. Ses caractères physiques ne se retrouvent qu'assez rarement dans les cataractes de l'adulte, sauf dans le cas de cataractes héréditaires dans lesquelles l'opacité, commençant souvent à la naissance ou quelque temps après, n'est complète que vers l'âge de vingt ou trente ans. Elle est toujours molle, et sa mollesse a cependant quelque chose qui ne ressemble point aux cataractes ordinaires. Dans celles-ci, et à leur début, la lentille offre le plus souvent des stries opaques brisées, circonscrivant (ainsi que nous l'avons dit plus haut) des triangles plus ou moins réguliers qui avec le temps finissent par diminuer en nombre, puis disparaître pour faire place à une opacité générale blanc-jaunâtre, présentant çà et là des petits points d'un blanc plus mat. Toujours volumineuse, la cataracte molle de l'adulte touche le plus souvent la place postérieure de l'iris, le pousse en avant et diminue sensiblement, d'une manière toute mécanique, les mouvements de la pupille. La chambre antérieure est plus petite, l'iris est convexe en avant, la chambre postérieure n'existe plus. Cette disposition du diaphragme de l'œil par rapport à l'opacité lenticulaire empêche qu'il y ait une ombre portée sur cette opacité ; elle n'existe point et ne peut exister à cause du contact de l'iris et de la capsule. L'uvée qui déborde naturellement dans la pupille se dessine franchement sur la cataracte et dans une étendue plus grande que lorsque celle-ci est dure.

Dans la cataracte congéniale, tantôt immédiatement, tantôt quelque temps après la naissance, on ne voit pas de stries opaques circonscrivant des espaces, des tranches triangulaires à sommets concentriques ; l'opacité est presque toujours d'un blanc bleuâtre comme l'empois préparé en gelée pour empeser le linge, sans taches plus prononcées ici qu'ailleurs ; rien de jaune ni de blanc mat ; tout le cristallin a pris cette teinte et n'en est point plus volumineux. L'iris est tendu droit entre les deux chambres, excessivement mobile ; absolument, quant à ses mouvements et à sa forme, comme à l'état normal. En se plaçant obliquement par rapport à l'œil du malade, il est facile de reconnaître que la chambre antérieure a toute sa capacité. L'iris et la capsule n'étant pas en contact, et les couches corticales antérieures ayant conservé le plus souvent quelque transparence, ce qui est le contraire dans la cataracte molle ordinaire de l'adulte, on reconnaît l'ombre portée par le diaphragme de l'œil sur la cristalloïde, ou, pour parler plus exactement, par le cristallin opaque. L'uvée qui circonscrit la pupille se dessine bien sur l'opacité bleuâtre, mais beaucoup moins que dans la cataracte lenticulaire molle dont nous avons parlé.

Rien ne ressemble si peu à la cataracte dure par ses caractères physiques que la cataracte molle congéniale. Dans la cataracte dure, le cristallin est gris-jaunâtre ou verdâtre, d'autant plus foncé en couleur qu'on se rapproche davantage de son centre ; le pourtour en est d'un jaune douteux, ambré, tirant un peu sur le vert. Point de stries ni de taches opaques comme dans la cataracte molle, mais aussi point de couleur uniforme bleu d'empois. La cataracte n'est pas volumineuse, loin de là ; le cristallin est quelque peu racorni par suite de son durcissement morbide : de là une chambre postérieure plus grande, une ombre portée plus longue que dans la cataracte qui nous occupe.

Les symptômes physiologiques, de même que les caractères physiques, différencient très bien ces diverses cataractes ; le soir, la vision se fait passablement dans la cataracte dure, elle est nulle dans la molle, et fortement abaissée dans la cataracte congéniale. Il pourrait paraître extraordinaire d'avancer que la vision n'est qu'abaissée le soir dans la cataracte qui nous occupe, si l'on ne savait que chez beaucoup d'individus cette maladie met un temps si considérable à mûrir, pour nous servir du mot consacré dans le monde, que l'individu qui la porte peut devenir homme et rendre compte de ses sensations. (Nous avons dit plus haut que cela s'observe surtout dans certaines cataractes héréditaires.) Il n'en est pas toujours ainsi ; il serait superflu de le dire, la vision devient nulle quand la catarate est complète ; cependant elle n'est pas aussi absolument éteinte que dans la cataracte molle ordinaire.

4e *variété. — Cataracte traumatique.*

La lésion de la capsule et du cristallin produit une *cataracte lenticulaire,* et quelquefois *capsulo-lenticulaire.* Si l'ouverture qui met le cristallin en rapport avec l'humeur aqueuse est étroite, aucun débris de ce corps ne s'échappe par la blessure de la cristalloïde. Le cristallin se montre sous la forme d'une opacité d'un blanc bleuâtre à peu près uniforme ; la couleur bleue diminue à mesure qu'on s'éloigne du moment où la cataracte devient complète. On ne voit aucune strie, aucune ligne opaque marchant de la circonférence au centre. Cette variété ressemble parfaitement à la cataracte congéniale quant à ses caractères physiques ; molle comme elle, son volume n'est cependant pas considérable, à moins que l'ouverture capsulaire ne soit très large et qu'il n'y ait dans la suite une imbibition considérable du cristallin ; l'*ombre portée* existe comme dans la cataracte lenticulaire dure ; l'iris est mobile, nullement bombé en avant ; la pupille a tous ses mouvements.

Lorsque l'ouverture de la capsule est grande, des flocons blanc-bleuâtres s'en échappent et viennent faire saillie dans la pupille ou tombent dans la chambre antérieure ; peu à peu

Ils se résorbent et disparaissent. Si l'ouverture capsulaire ne s'est point refermée à l'aide de produits fibro-albumineux, on voit la lentille diminuer peu à peu sous l'influence de la résorption, puis disparaître complètement. Si la capsule s'est enflammée, la cataracte lenticulaire se transforme en cette variété de cataracte qu'on a nommée aride siliqueuse, dont nous parlerons plus loin.

5e *variété.—Cataracte glaucomateuse.*

Par *glaucomateuse* on n'entend point désigner une cataracte *verte*, mais bien une cataracte molle, très volumineuse, d'un blanc mat, consécutive à la maladie connue sous le nom de *glaucôme*. Dans cette variété de cataracte, toutes les membranes oculaires, ou à peu près, ont subi des altérations notables qu'on rencontre toujours dans la maladie qui les a précédées. La pupille est immobile, irrégulière, l'iris décoloré, d'un gris ardoise et retiré largement vers le corps cilaire. La vision est nulle; souvent des douleurs aiguës accompagnent cette maladie. La cataracte elle-même consécutive à la désorganisation profonde de l'œil n'offre rien de particulier, à part sa mollesse et son volume. Le plus souvent elle est d'une couleur blanche, laiteuse, à peu près égale partout; quelquefois elle est grisâtre, quelquefois verdâtre à son centre quand le noyau a conservé une certaine dureté. Ce serait perdre du temps que d'indiquer les caractères diagnostiques différentiels de la cataracte si improprement nommée glaucomateuse, et de celle que nous avons décrite plus haut sous le nom de verte simple.

La *cataracte glaucomateuse* n'est point opérable, la désorganisation de la rétine ayant précédé l'opacité lenticulaire.

III. Cataractes lenticulaires liquides.

Caractères anatomiques. Début.— Il se présente sous deux formes : dans la première, on voit le cristallin en partie opaque et d'une teinte à peu près uniforme, comme s'il était séparé de la capsule par un liquide transparent; dans la seconde, de nombreuses stries existent à la surface de la lentille, et la plupart sont brisées et déjà dissoutes en partie; dans l'un comme dans l'autre cas, toute la surface du cristallin est peu à peu liquéfiée.

La *cataracte liquide complète* se distingue par une opacité générale de la lentille, qui prend une teinte d'autant plus jaune-blanchâtre sale que la dissolution est plus complète. Le liquide intracapsulaire, de densité différente, se superpose par couches lorsque l'œil du malade est en repos depuis quelque temps. On voit alors un phénomène facile à prévoir: à la partie la plus déclive il y a une opacité jaune-foncé qui s'élève plus ou moins, et dont le niveau tranche par sa couleur sur la partie inférieure de la couche de liquide moins opaque placée au-dessus d'elle, de sorte qu'à la partie supérieure de la capsule transversalement striée, autant de fois qu'il y a de couches diverses, on remarque un liquide souvent incolore, transparent. Quelques mouvements de l'œil ou quelques frictions à la surface de cet organe font disparaître la différence de densité du liquide, qui reprend la teinte générale dont nous avons parlé d'abord. Assez fréquemment on peut remarquer, avec un peu d'attention, que des débris du cristallin dissous se déplacent dans le liquide renfermé dans la capsule. Rarement le cristallin est complètement dissous. Son noyau, devenu très petit par suite de la dissolution des couches corticales, est libre dans le liquide intracapsulaire auquel il imprime une sorte de flottement pendant les mouvements de l'œil. Il n'est pas rare que l'iris, appliqué exactement sur la capsule, présente des oscillations pour la même cause.

A part ces caractères particuliers, la cataracte liquide se reconnaît aux mêmes signes; son *volume* est très grand, le *cercle uvéen* très apparent, l'iris poussé dans la chambre antérieure; il n'y a point d'ombre portée sur la capsule.

Caractères physiologiques.—Ils sont exactement les mêmes que ceux de la cataracte molle.

Marche. Pronostic.—La marche de cette cataracte est ordinairement très lente pendant quelque temps, mais devient rapide lorsque la dissolution est assez avancée. C'est plus particulièrement chez les personnes âgées qu'on la rencontre. Le pronostic doit être réservé comme celui de la cataracte molle.

Variétés de la cataracte liquide.

1re *variété. — Cataracte morgagnienne ou interstitielle.*

Cette cataracte ne me paraît point mériter une description particulière. Le début de l'opacité commence par le liquide de Morgagni et s'étend de là progressivement aux couches plus profondes de la lentille et en marchant régulièrement de la circonférence au centre; rien ne distingue cette variété de la cataracte liquide. La superposition des débris de la lentille se fait, comme nous l'avons dit, par couches distinctes lorsque l'œil est en repos.

2e *variété. — Cataracte cystique.*

Cette cataracte ne présente rien de particulier que la liquéfaction du cristallin qui est complète; la capsule a été comparée à un kyste renfermant un liquide qui a donné naissance, selon ses diverses qualités, aux cataractes purulentes, fétides, putrides, etc. On a observé rarement du pus dans la capsule; les seuls auteurs qui en aient trouvé sont : Beer, Schmidt, Travers, Schiferli, M. Velpeau. Tantôt c'est à la suite d'un coup qu'on a rencontré ce phénomène (Travers); tantôt, et plus fréquemment, c'est sur des sujets scrofuleux ou épuisés. Quelquefois le pus, dont l'odeur est généralement fétide, est logé dans un kyste placé entre le cristallin et la capsule antérieure (Beer), ou entre la lentille et le feuillet postérieur de la

cristalloïde (Schmidt). Il est assez commun que dans la cataracte liquide la capsule soit malade; on la range alors parmi les cataractes capsulo-lenticulaires.

Autres variétés de la cataracte lenticulaire.

Cataracte branlante.

On nomme ainsi une cataracte dans laquelle le cristallin présente des mouvements d'oscillation plus ou moins marqués d'avant en arrière ou dans le sens latéral; ces mouvements peuvent être dus à l'une des causes suivantes: le synchysis ou ramollissement de l'humeur vitrée, l'hydrophthalmie, la rupture par un coup violent des adhérences normales de la lentille, la liquéfaction des couches externes du cristallin, etc. Les mouvements de la lentille sont quelquefois assez peu visibles, c'est une sorte de petit tremblotement difficile à reconnaître; dans d'autres cas, les oscillations sont si fortes qu'elles viennent presque toucher la cornée. J'ai observé un fait semblable sur un vieux soldat dont j'ai rapporté l'histoire il y a plusieurs années dans la Gazette des hôpitaux (voyez Gazette des hôpitaux, 1842).

Cataracte luxée.

Un coup porté sur l'œil ou dans son voisinage déchire la capsule, et le cristallin sort de cette membrane pour se porter dans un lieu inaccoutumé. On le voit dans la chambre antérieure, à plat, ou appliqué exactement contre la cornée, de sorte qu'on ne peut plus distinguer la pupille; quelquefois, et c'est le cas le plus ordinaire, il est resté dans la chambre postérieure et s'y montre placé de toutes sortes de manières. A ce compte, l'abaissement de la lentille pourrait être considéré comme la luxation artificielle de ce corps. Une fois j'ai vu le cristallin, encore transparent, luxé sous la conjonctive bulbaire après une plaie contuse de la sclérotique. S'il n'est pas opaque au moment où un coup vient déchirer la capsule, il le deviendra peu à peu ou rapidement, selon qu'il aura été plus ou moins lésé. Il est des cas singuliers dans lesquels des individus peuvent faire passer à volonté dans la chambre antérieure le cristallin transparent et entouré de sa capsule, le replacer ensuite dans la chambre postérieure sans aucun accident du côté de la vision; mais ces cas sont exceptionnels et n'ont d'ailleurs de rapport avec la cataracte luxée qu'autant, ce qui arrive quelquefois, que le cristallin se déchatonnerait, sortirait de la capsule, et se fixerait dans la chambre antérieure.

TABLEAU SYNOPTIQUE

DES

caractères différentiels des cataractes lenticulaires dures, molles et liquides.

DURES.	MOLLES.	LIQUIDES.
L'opacité s'avance du centre du noyau du cristallin à la circonférence; elle est unie, grise, verte ou noire exceptionnellement. La circonférence du cristallin conserve toujours un peu de transparence.	*L'opacité* s'avance de la circonférence au centre; souvent des stries blanches ou ambrées se réunissent au milieu de la lentille, qu'elles partagent à sa surface en un grand nombre de triangles. Quelquefois l'opacité est uniforme, laiteuse ou d'apparence caséeuse. La circonférence est toujours opaque.	*L'opacité* va de la circonférence au centre; elle est uniforme, gris-jaunâtre, se superpose par couches pendant le repos de l'œil.
Volume très petit.	Volume très grand.	Volume très grand.
Iris très mobile, nullement bombé.	*Iris* peu ou point mobile, bombé fortement en avant.	*Iris.*— Quelquefois on y voit des oscillations d'avant en arrière.
Ombre portée large. — *Chambre postérieure* très grande. — *Cercle uvéen* peu ou point visible. — *Chambre* antérieure normale.	*Ombre portée* n'existant pas. — *Chambre postérieure* n'existant plus. — *Cercle uvéen* très grand et très apparent. — *Chambre* antérieure diminuée.	*Id.*
Vision meilleure à une lumière modérée, presque jamais absolument abolie.	Vision toujours abolie à un haut degré.	*Id.* — Sensation de la lumière obtuse.
Marche très lente, égale.	*Marche* lente très inégale, quelquefois rapide.	*Marche* très lente, égale, rapide quand la dissolution est avancée.

(La suite au prochain numéro.)

Docteur DESMARRES.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

IV. Trombus vulvo-périnéal.

Obs.—La dame N., du village d'Ambrine, âgée de 26 ans, d'une belle constitution, primipare, accoucha le 8 septembre 1845, vers dix heures du matin, au terme de sa grossesse, sans que dans la gestation et le travail de l'accouchement aucun phénomène notable se présentât; seulement, par suite des tractions que fit la sage-femme sur le cordon ombilical à l'effet d'extraire l'arrière-faix, la patiente ressentit une douleur atroce qui ne tarda point à se calmer. Pendant environ deux heures elle se trouva bien, goûtant dans son lit les charmes de ce repos qui succède aux souffrances d'un premier accouchement. Vers midi survint un sentiment de malaise avec une sorte de syncope. La malade, continuant de se sentir défaillir, se plaignait en même temps aux parties génitales d'une tension douloureuse qui prit bientôt des caractères alarmants ; puis des crampes raidirent la cuisse et la jambe gauches et furent suivies de fourmillements et d'un engourdissement très douloureux. La malade ne savait que faire de ce membre, ne trouvait aucune position dans laquelle il fût tenable ; forcée de tenir la cuisse fléchie, la jambe aussi fléchie et écartée de celle du côté opposé, forcée le plus souvent de le faire tenir par quelques assistants. Une douleur semblable et des altérations locales dont la sage-femme était témoin pour la première fois la décidèrent à appeler vite un médecin. Vers une heure et demie j'étais près de l'accouchée.

Une tuméfaction véritablement énorme m'apparut. La grande lèvre gauche faisait une saillie considérable. Le périnée était projeté en avant d'une façon arrondie et se trouvait tellement distendu et la peau tellement tiraillée en tous sens, que de la commissure inférieure de la vulve à l'anus il y avait six à sept travers de doigt. La tumeur remontait dans le vagin aussi loin que le doigt pouvait la suivre; elle s'appuyait contre la partie droite de ce conduit de façon à en oblitérer la cavité. La douleur à la moindre pression était tellement intolérable que je n'ai pu me faire une idée bien précise de sa forme et de son étendue; mais, par ce que j'ai vu, je suis convaincu qu'elle surpassait de beaucoup en volume la tête d'un enfant à terme. Je n'ai pu m'assurer également si la tumeur présentait de la fluctuation, la plus légère pression étant, je le répète, insupportable.

La peau du périnée et des grandes lèvres conservait sa chaleur et presque sa couleur normale ; elle paraissait tant soit peu violacée.

Le ventre offrait une saillie sensible et une matité notable à la région hypogastrique. La vessie était un peu distendue par les urines dont l'excrétion était rare depuis le matin.

Un peu au-dessus de la vessie et à droite on sentait bien l'utérus qui, quoique revenu sur lui-même, offrait encore un peu trop de volume; quelques tranchées d'ailleurs laissaient croire qu'il pouvait encore contenir des caillots. L'urèthre et le méat urinaire étaient aplatis et effacés par la pression de la tumeur.

L'écoulement par les parties avait cessé depuis l'apparition de cette tumeur, laquelle, sans nul doute, faisait office de tampon dans le vagin.

La malade n'était pas épuisée quand je la vis, bien qu'elle eût beaucoup souffert. Le pouls avait encore un certain développement et battait environ 80 fois par minute.

Le diagnostic ne pouvait être douteux. A part l'existence d'une hernie, nulle autre lésion qu'une tumeur sanguine considérable ne pouvait se présenter à mon esprit. Or, bien que l'on ne pût raisonnablement reconnaître là le siége exact et la forme d'une hernie soit inguinale, soit crurale, il fallait, dans la supposition d'une semblable lésion survenue en si peu de temps, ou que la hernie fût simple, ou qu'elle fût compliquée d'étranglement. Dans le premier cas, nous n'aurions eu ni la sensibilité si grande à la pression, ni le prolongement de la tumeur dans les parties supérieures du vagin, et puis le taxis aurait pu être employé avec succès ; dans le second cas, outre la présence de la tumeur et la vive sensibilité, nous aurions eu les phénomènes nombreux qui forment le cortége de tout étranglement inflammatoire.

J'ai cherché à remonter aux causes d'une si singulière altération, et la malade m'a accusé que, dans les manœuvres exécutées par la sage-femme pour extraire le placenta, une traction assez forte avait détaché l'arrière-faix avec un craquement bien manifeste. En même temps, dans le bas-ventre, une douleur bien vive s'était fait sentir, laquelle s'était vite calmée pour reparaître deux heures plus tard et parvenir d'une manière toujours croissante à cet état d'exaltation insupportable. Y a-t-il eu dans cet effort tiraillement en bas de l'utérus et déchirure de quelques vaisseaux situés dans la couche cellulo-vasculaire du vagin également tiraillés? Je crois qu'il serait difficile d'assigner une autre cause à cette tumeur. Madame Lachapelle trouve la cause du même accident dans la disposition spéciale au vagin et qui consiste dans une structure variqueuse ou fongueuse, avec augmentation du volume et mollesse des veines, lesquelles, en raison de cette altération, sont plus facilement déchirées dans le travail de l'accouchement. Dans le cas qui nous occupe, la traction paraît avoir agi d'une manière assez directe sur ce tissu variqueux pour y produire quelque déchirure.

Il semble que, dans cette circonstance, la première indication dût consister à vider la cavité où le sang s'était accumulé. Telle fut du moins ma première idée, ainsi que le conseillent également les accoucheurs. Mais il me paraissait assez probable que le travail hémorrhagique ne se fût pas borné si les caillots avaient eu une issue large dans ce moment, et

c'eût été chose peu facile que de tamponner dans une poche aussi vaste. Je jugeai plus prudent de remettre au lendemain matin et de conseiller quelques fomentations d'eau blanche, un bain de fauteuil aromatique, etc.... L'introduction de la sonde dans l'urèthre présentant quelques difficultés, j'attendis.

Le 9 au matin, le membre pelvien gauche ne présentait plus qu'un fort engourdissement. Sans doute la compression du nerf fémoral et du plexus sacré était, par son intensité et sa continuité, la cause de cette paralysie commençante. Le malade avait pu sommeiller un peu vers le jour.

L'état des parties génitales et du périnée était pour le volume le même que la veille. La grande lèvre droite était infiltrée. Les parties gonflées étaient fortement violacées, et, tandis que les parties voisines avaient leur température normale, celles-là offraient un refroidissement cadavérique. La circulation était donc suspendue dans ces portions, et un sphacèle considérable était imminent. Je commençai par faire quelques mouchetures çà et là, et à la sensibilité de la malade je pus discerner les parties vivantes de celles où la vie avait momentanément cessé; puis, dans la direction de la grande lèvre gauche à l'anus, je pratiquai une incision d'environ 6 centimètres et, en y introduisant l'index et le médius de la main droite, j'en retirai une masse de caillots noirs; un peu de sang liquide également noir s'en échappa. Des injections furent pratiquées et continuées avec environ 7 à 8 parties d'eau tiède et 2 à 3 parties d'oxyde de sodium; un gâteau de charpie trempé dans ce mélange fut introduit dans le foyer; dans les parties, des injections d'eau de mauve chaude. En même temps je permis quelques potages et je fis prendre une infusion de quinquina Quelques jours après, la cavité avait considérablement diminué; à part quelques plaques grisâtres très minces du tissu cellulaire gangrené, les tissus étaient revenus, par leur élasticité, sur eux-mêmes; toutefois, le périnée toujours un peu saillant en avant et occupant plus d'espace qu'à l'état normal. La malade avait du lait et allaitait son enfant.

La gêne et l'impossibilité de marcher et même de s'asseoir la retinrent au lit jusqu'au 22. A cette époque elle commença à se lever et à marcher passablement. Le 26, je la revis et fus bien surpris de la trouver fort leste et bien avancée dans sa guérison. En effet, la plaie se trouvait presque fermée; on pouvait à peine y loger une amande. Tout me permet de croire que dans peu de jours la guérison sera parfaite.

Avesnes-le-Comte (Pas-de-Calais), 1er octobre 1845.

Le Dr Ph. Ledru.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Traité sur les gastralgies et les entéralgies, ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins; par J.-P.-J. Barras, chevalier de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine, membre de l'Académie royale de médecine de Suède, etc. —Quatrième édition, revue, corrigée et augmentée. Tome Ier, 1841 (1).

L'opportunité est un élément prodigieux de succès; jamais rien ne l'a mieux prouvé que l'opuscule sur les gastralgies publié par le docteur Barras, dans trois cahiers de la *Revue médicale*, en 1825 et en 1826; simple mémoire d'abord, qui, d'édition en édition, a fini par prendre les dimensions d'une volumineuse monographie. Cet ouvrage fit alors plus de bruit sous l'allure modeste qu'il prit d'abord qu'il n'est destiné à en faire aujourd'hui, quoique l'auteur y ait beaucoup ajouté.

On l'a dit tant de fois qu'il est presque superflu de le répéter: l'ouvrage de M. Barras fut alors un acte de courage. L'école était muette, ou du moins ceux qui luttaient encore, les anatomo-pathologistes, étaient trop occupés à se défendre pour pouvoir attaquer bien sérieusement. En reniant le passé, comme leur superbe antagoniste, ils se privaient des preuves qui eussent pu le mieux les servir, et le présent était plus pour lui que pour eux. Une voix s'éleva alors pour protester par les faits surtout; comme ces faits étaient du nombre de ceux que l'on rencontre tous les jours, et de ceux aussi où les déboires étaient quotidiens pour les partisans du physiologisme, on prit bientôt en faveur les nouvelles idées ou plutôt le retour aux anciennes idées prêché par l'auteur du mémoire sur les gastralgies. Trois éditions enlevées en trois années, une contrefaçon belge et une traduction allemande ont témoigné dès l'abord du succès prodigieux de son livre.

Un second élément de succès qu'eut dans le temps l'ouvrage de M. Barras, ce fut qu'il s'attaquait à un ordre de choses que Broussais avait mises à la portée de toutes les intelligences. C'était chose si simple à concevoir en théorie qu'une gastrite, que tout le monde en causait presque aussi pertinemment que les médecins. Les malades furent souvent les premiers à s'en fatiguer, et l'accueil que les plus éclairés d'entre eux firent au livre de l'auteur ne contribua pas peu à le populariser.

M. Barras a eu raison de ne pas laisser tomber en prescription ses droits à la gloire qui lui revient des luttes où il figura au premier rang; car ce fut lui qui attaqua le système jusque dans ses retranchements; il l'attaqua sur le terrain de la muqueuse elle-même, alors que les autres combattants s'éparpillaient de côté et d'autre et se laissaient écraser en détail, et l'on peut dire qu'il vainquit son ennemi dans sa propre capitale en lui enlevant le siége même de son despotisme, la gastrite.

(1) A Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.

Une autre raison milite encore en faveur de l'opportunité de la réimpression de ce livre. Aujourd'hui même la lutte n'est bien réellement terminée qu'à Paris et dans les grands centres de population. Mais combien de praticiens exercent la médecine, dans les campagnes surtout, sous l'influence des idées qu'ils ont remportées de l'amphithéâtre de la rue des Grès? Les premières impressions sont toujours les plus vives, les plus durables, et les modifications qu'on y apporte ensuite atteignent rarement le fond même de ces idées acquises. La doctrine physiologique a encore des partisans par habitude, sinon par conviction. C'est à ceux-là que nous recommandons particulièrement la quatrième édition du livre de M. Barras. C'est en vue d'eux surtout que l'auteur a fait réimprimer les discussions qui ont contribué dans le temps à éclairer la plupart des médecins et à les ramener à la véritable thérapeutique des maladies nerveuses des premières voies.

La quatrième édition du livre de M. Barras ne diffère, du reste, de la précédente, ainsi qu'il a la bonne foi de nous en avertir lui-même, que par des faits inédits qui en remplacent d'autres d'un moindre intérêt, par des corrections, des éclaircissements sur divers points, et des remarques sur l'emploi des eaux minérales dans les névroses.

M. Barras débute par quelques considérations générales sur les névroses, dans lesquelles il a peut-être tort de ne pas tenir compte de la distinction établie entre les névroses et les névralgies. Mais c'est une affaire de nomenclature qui n'intéresse pas le fond de la question. L'auteur consacre ensuite plus de trois cents pages aux histoires particulières. La première est celle qu'il raconte avec le plus de détails après avoir hésité un peu à l'insérer dans son livre, car c'est lui-même qui en est le sujet. Nous ne voudrions pas pour beaucoup qu'il nous en eût privés; car c'est peut-être la plus instructive de toutes. M. Barras à été longtemps traité pour une prétendue gastro-entérite, avec toutes les rigueurs dont savait user la médecine physiologique. Ce fut sur lui-même qu'il apprit, après de longues années de souffrances exaspérées par l'abus des antiphlogistiques, à douter de l'infaillibilité du maître. Rendant justice à qui de droit, M. Barras avance que ce fut M. le professeur Fouquier qui lui dit qu'il n'avait qu'une gastralgie et lui indiqua le traitement le plus convenable. Une observation bien remarquable que l'auteur a faite, sur lui d'abord et sur bien d'autres ensuite, c'est l'influence d'une forte distraction dans les maladies nerveuses. Une calamité déplorable vint hâter sa guérison : sa fille venant à éprouver les symptômes de la phthisie pulmonaire à laquelle elle succomba, son attention se reporta tout entière sur son enfant et il fut guéri. « Plus j'avais, dit-il, d'inquiétude sur le sort de ma fille, et mieux je me portais. » Ceci montre, ainsi que M. Barras le prouve plus loin, qu'il y a souvent un peu d'hypochondrie dans les gastralgies, et cette considération justifie, jusqu'à un certain point, la dénomination de névrose qu'il applique à la maladie qui fait le sujet de son livre.

La cinquième observation nous montre un cas de folie par suite de la diète cruelle imposée par la médecine physiologique à une femme atteinte de boulimie gastralgique. On a nié, dit M. Barras, que la faim puisse occasionner la folie, et cela est vrai de la faim naturelle; mais il n'en est pas de même de la faim extraordinaire qui dépend d'une affection nerveuse du principal organe digestif. Ayant éprouvé longtemps ce besoin morbide, ajoute-t-il, je suis convaincu qu'il peut troubler les facultés intellectuelles. Ce n'est pas, du reste, le seul cas de ce genre qui ait été observé. Le malade de l'observation précédente fut guéri par les toniques.

Dans la neuvième observation, on voit deux résultats bien différents de la même médication. Une dame part à Nice avec son fils atteint d'une gastralgie. Celui-ci se trouve bien du climat de cette ville; mais sa mère y tombe malade à son tour d'une excitation générale du système nerveux, et il a fallu le changement de climat pour qu'elle guérît. L'une et l'autre de ces maladies étaient de même nature, quoique leur siége fût différent; elles ne consistaient que dans une lésion de la sensibilité et de l'irritabilité du système nerveux. Elles offraient néanmoins une différence essentielle. Celle du fils, au moment où M. Barras fut consulté, était arrivée à la période d'atonie, tandis que celle de sa mère était encore dans la période d'éréthisme. C'est ce qui explique, dit-il, pourquoi l'air vif et sec de Nice a guéri la première, pendant qu'il a causé et entretenu la seconde.

La onzième observation nous offre un phénomène qui se présente assez souvent dans les gastralgies et dont il importe d'être prévenu dans la pratique : c'est la facilité plus grande à digérer les aliments solides que les liquides.

Les observations 31, 32, 33, 34, 35 et 36 ont été prises dans le troisième volume d'observations de Schmidtmann (1), imprimé à Berlin en 1826 et dont le neuvième chapitre est une excellente dissertation sur la cardialgie. Le médecin allemand professe la même doctrine sur les névroses gastriques que celui de Paris.

L'auteur s'occupe dans le chapitre II de l'étiologie, et dans le IIIe du diagnostic. En tête de ce dernier, il donne d'abord la description générale et la comparaison de la gastro-entéralgie hypochondriaque avec la gastro-entérite chronique. Après le tableau général de la gastro-entéralgie hypochondriaque, il admet les nuances ou prédominances suivantes : 1° dyspepsie; 2° cardialgie, gastrodynie, crampes d'estomac, pyrosis; 3° entéralgie; 4° vomissement nerveux ou spasmodique; 5° malacie, pica; 6° anorexie; 7° boulimie.

---

(1) Summa observationum medicarum ex praxi clinicâ trigenta annorum depromptarum.

A l'occasion d'une observation consignée dans ce chapitre, M. Barras fait des réflexions que nous croyons devoir soumettre au jugement du lecteur, sur une erreur dans laquelle tombent, selon lui, presque tous les malades, ainsi que beaucoup de médecins, relativement à la nourriture dite tempérante. Les personnes qui ne vont que rarement et difficilement à la selle s'imaginent qu'elles sont *échauffées* et qu'il n'y a que les aliments rafraîchissants qui puissent favoriser les évacuations alvines. Cette théorie serait juste dans les cas d'irritation intestinale; mais elle est fausse dans les cas d'atonie, comme cela a lieu dans la plupart des névroses du tube digestif. Ainsi les hypochondriaques qui s'abstiennent de viandes pour ne vivre que de légumes, de poisson, de fruits et d'eau, n'en sont pas moins en proie à une constipation rebelle; c'est que ces aliments antiphlogistiques ne font qu'augmenter encore l'atonie du tube digestif et achèvent de le rendre impuissant à se contracter énergiquement pour l'expulsion des matières fécales. Si l'on fait prendre, au contraire, à ces malades des potages au gras, des œufs à la coque, des viandes rôties, des légumes au jus, on voit les évacuations alvines se rétablir, parce que ces aliments fortifiants relèvent la tonicité du tube digestif.

Le chapitre III est terminé par une théorie des névroses, dans laquelle l'auteur admet deux classes de ces dernières : les névroses par éréthisme et celles par atonie. Mais ces deux modifications d'une même maladie nerveuse peuvent se succéder et se remplacer alternativement. Grimaud croyait même qu'elles pouvaient se compliquer et exister ensemble. Cette distinction n'est pas sans importance dans la pratique.

Le chapitre IV est consacré au traitement. Avant d'entrer dans le détail des divers moyens hygiéniques ou thérapeutiques à employer contre les gastralgies, l'auteur montre dans le traitement un dernier moyen exploratif, une pierre de touche, pour distinguer ces affections des phlegmasies du tube digestif. C'est la mise en pratique de cet adage du père de la médecine : *Naturam morborum ostendunt curationes*. D'accord en cela avec Hippocrate, Lorry, etc., M. Barras est convaincu qu'il existe des maladies dont on ne peut découvrir le caractère qu'en sondant le terrain par l'emploi circonspect des différents moyens curatifs, et les affections chroniques du tube digestif sont de ce nombre. Il est curieux de voir que Schmidtmann, qui écrivait à Berlin à peu près vers la même époque, donne le même conseil, et il dit que la forte cardialgie touche de près à la gastrite. Whytt indique également ce procédé dans son *Traité des maladies des nerfs*, pour distinguer les névroses des phlegmasies gastriques; ce qui prouve en passant, dit M. Barras, qu'il n'y avait pas que les médecins physiologistes qui connussent la gastrite.

Le régime forme une partie importante du traitement des gastralgies. M. Barras commence par établir que c'est une erreur de croire qu'il faut manger souvent et peu à la fois. Dans la gastralgie boulimique, le malade éprouve souvent le besoin de manger peu de temps après avoir pris sa nourriture; mais il doit supporter cette fausse faim, ou, si elle est trop impérieuse, se borner à la tromper avec de l'eau sucrée, aromatisée avec de l'eau de fleur d'oranger. Mais ces malades ne doivent pas pour cela s'abstenir de manger modérément trois fois par jour à des heures réglées, à moins qu'il n'y ait des vomissements, auquel cas on doit s'abstenir d'aliments par la bouche et prendre des lavements nutritifs jusqu'à ce que le vomissement ait cessé.

Il faut apporter une grande attention au choix des aliments. Ceux-ci doivent être, en général, pris dans la classe des toniques fixes. Aux personnes atteintes de gastro-entéralgie par éréthisme, d'un tempérament irritable, d'une organisation ferme et sèche, on recommandera les substances les plus douces, comme les bouillons faits avec le poulet et le bœuf et trempés avec le pain de gruau, la biscote ou la croûte de pain ordinaire, le riz, l'arrowroot ou la farine de maïs; le salep, le tapioka et les autres farineux contenant beaucoup de mucilage sont nuisibles; on pourra donner des soupes maigres relevées avec du sucre et un jaune d'œuf; M. Barras professe beaucoup d'estime pour le sucre qu'il regarde comme l'ami des nerfs. Pour boisson des repas, on choisira l'eau teinte ou rougie avec le vin de Bordeaux ou de Bourgogne très vieux et bien dépouillé. La bière, le cidre et l'eau pure n'excitent pas assez l'estomac et le remplissent de vents, à moins qu'ils ne constituent la boisson habituelle des malades. Les substances alimentaires plus toniques seront réservées pour l'atonie des organes digestifs.

La classe des médicaments est fort nombreuse; si les opiacés et les toniques tiennent la première place, ils sont loin d'être les seuls. Toutes les nuances de gastralgies ont leurs indications. Nous ne pouvons que renvoyer le lecteur au long et important chapitre que l'auteur consacre à la thérapeutique de ces affections. On y trouve un article sur les eaux minérales en général. L'auteur y dit qu'un bon et impartial traité sur cette matière est encore à faire. Il donne aussi des conseils utiles sur les moyens moraux, le travail, la gymnastique, l'air de la campagne. A propos de la campagne, il blâme ceux qui croient devoir à la campagne suivre le régime frugal tant vanté dans les idylles, y vivre de fruits et de laitage. On doit, au contraire, associer l'usage d'une nourriture fortifiante à celui du bon air. Autant et même mieux vaudrait rester à la ville si l'on ne trouvait à la campagne une nourriture véritablement convenable.

Dans le cinquième et dernier chapitre, M. Barras parle de la complication de la gastro-entéralgie avec la gastro-entérite chronique.

S'il fallait faire la part des critiques sur

l'ouvrage de M. Barras, nous reprocherions peut-être à cette quatrième édition de n'être trop souvent qu'une amplification de la précédente, si l'auteur ne donnait lui-même dans sa préface les raisons qu'il a eues d'en agir ainsi. Son livre dans sa partie polémique s'adresse particulièrement à ceux qui, sortis de l'école de Paris à l'époque où elle était fascinée par les idées physiologiques, n'ont pas encore su bien s'en dépouiller et se laissent encore effrayer par le fantôme de la gastrite. Mais nous devons nous hâter d'ajouter que son livre ne sera pas inutile à ceux qui sont à l'abri de ces erreurs. Le traitement des gastralgies n'est pas chose aisée et il n'y a pas de praticien qui ne trouve dans le livre de M. Barras de très bons avis dont il ne sera pas longtemps sans avoir l'occasion de faire son profit.

Règne épidémique de 1842, 1843, 1844 et 1845 ; par E. Colas, de Sourdun, D. M., ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin du bureau de bienfaisance de Montrouge (1).

Le but de ce livre est beaucoup plus élevé que ne semblerait le faire présumer son titre. L'auteur cherche à y établir, d'abord que le caractère rémittent, devenu si rare à Paris depuis le commencement de ce siècle que son existence est, dans la plupart des traités de pathologie, considérée comme au moins problématique; que le caractère rémittent, à dater de la fin de 1841, a été découvert par lui dans toutes les maladies graves, en même temps que l'auteur remarquait également une fréquence tout-à-fait inusitée dans les maladies intermittentes. L'observation journalière de tous les faits lui fit bientôt distinguer le caractère rémittent dans les maladies les plus légères aussi clairement qu'il l'avait observé d'abord dans les plus graves, d'où il résultait qu'il rencontrait toujours des maladies internes du type rémittent ou du type intermittent, et ces deux types eux-mêmes avaient une grande propension à se confondre et à se changer l'un en l'autre. M. Colas en conclut que les maladies intermittentes ou rémittentes placées sous ses yeux devaient être identiques et ne différer que par l'intensité de l'altération organique. Or, ce changement opéré dans le caractère des maladies observées à Paris et dans les environs explique à l'auteur pourquoi, depuis un certain temps, les maladies lui avaient paru beaucoup plus réfractaires au traitement par les émissions sanguines que dans les années précédentes. Il dut donc chercher des moyens efficaces pour suppléer ceux qui nous abandonnaient. M. Colas s'adressa dans ce but aux praticiens des deux derniers siècles qui s'étaient trouvés comme lui en présence d'affections de forme rémittente, et il nous assure s'en être bien trouvé. Ses lectures, appuyées ensuite sur son expérimentation personnelle, l'on conduit à préconiser surtout le retour aux purgatifs qu'il appelle les excitants du tube digestif.

Mais M. Colas ne s'en est pas tenu à ces résultats empiriques. Il ne vise à rien moins qu'à nous donner une nouvelle doctrine médicale, une doctrine dichotomique, qui, au rebours de celle de Broussais, et sans être pourtant celle de Brown, conduirait à bannir presque entièrement les saignées de la thérapeutique. Pour lui, un état vicieux de l'économie préexiste à la maladie sans être encore elle, et celle-ci se rattache à l'une des deux classes suivantes d'altérations organiques : celles qui troublent les fonctions d'un organe sans affecter la composition de son tissu propre, et celles qui troublent les fonctions et attaquent en même temps la composition du tissu. La première classe a son siége exclusivement dans l'armature nerveuse de l'organe ; elle produit les *névroses*, la seconde produit les phlegmasies. La première, moins dangereuse, à moins d'être méconnue, affecte ordinairement dans sa marche le type intermittent ou rémittent; la phlegmasie, au contraire, affecte de préférence le type continu. Non-seulement, suivant M. Colas, la névrose existe entièrement seule dans l'immense majorité des cas; mais elle précède constamment la phlegmasie, l'accompagne dans son cours, et reparaît encore isolée quand celle-ci a disparu. Cette considération rend compte, selon lui, de l'influence fâcheuse des émissions sanguines dans les maladies de ce règne, lorsqu'elles sont compliquées de phlegmasie, parce qu'un moyen actif étant dirigé contre une phlegmasie faible, son effet dépasse facilement le but qu'on veut atteindre, et qu'au delà de ce but l'effet de la saignée est d'augmenter les phénomènes nerveux.

Une fois que l'auteur fut bien fixé sur sa nouvelle théorie, il abandonna la saignée sans scrupule, et, depuis ce temps, il a pris l'habitude de ne l'employer dans aucun cas, à moins d'y être obligé par les malades et quand elle n'était pas assez contre-indiquée pour qu'on ne pût modérer ses effets par l'emploi des dérivatifs. Ces cas ont été, dit-il, bien rares, si rares qu'il compterait bien de mémoire ceux qui se sont présentés depuis deux ans et demi; néanmoins ils lui ont fourni l'occasion de constater deux choses importantes, savoir : « que les mauvais effets de la saignée, quand on n'en fait pas un grand abus, se corrigent par les purgatifs, et qu'elle peut rendre quelques services dans les maladies qui débutent d'une manière intense, avec une pléthore manifeste ; mais à la condition de l'employer la première, une fois pour toutes, et seulement comme déplétive. »

Le livre que M. Colas consacre au développement de cette nouvelle théorie se compose d'un traité didactique et d'un recueil d'observations. Il décrit ce qu'il appelle l'épidémie ou constitution régnante, puis le traitement qui lui est applicable, en deux articles séparés, sous les titres de description et de méthode curative. C'est là ce qui forme la première partie.

(1) 1 vol. in-8 de plus de 400 pages ; chez Labé.

La seconde consiste en un recueil d'observations divisé également en deux sections : la première se compose d'observations proprement dites, au nombre de 450 environ, et la seconde de 80 faits nécrologiques recueillis en dehors de la clientèle de l'auteur. Quant aux succès de la nouvelle méthode curative adoptée par l'auteur, nous sommes obligés de nous en rapporter à ce qu'il en rapporte lui-même. « Rien, dit-il, ne peut se comparer à la sécurité qu'elle est susceptible de procurer ; car, dans un grand nombre de cas, même très intenses, elle assure une guérison prochaine, et le nombre de ceux dans lesquels le médecin ne peut pas la promettre dès l'abord est fort petit ; elle a souvent permis de déterminer à l'avance le jour et même l'heure de la guérison. »

Nous nous sommes bornés à l'exposé des principes exposés dans le livre de M. Colas. La multitude des aperçus nouveaux que l'auteur livre aujourd'hui au public ne permet guère que l'on en donne une analyse détaillée. C'est dans la lecture seule de l'ouvrage que l'on en peut puiser une connaissance complète.

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Du cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés ; difficultés et dangers qu'il présente ; perforation du pharynx suivie de mort ; introduction de la sonde dans le larynx ; injection des aliments dans la trachée ; emploi d'une sonde à double mandrin et à obturateur pour prévenir les accidents ; par M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière. — Les détails du titre qui précède nous permettent de nous borner à un extrait du quatrième paragraphe de la note de M. Baillarger, celui où il donne la description de la sonde de son invention. Après un accident mortel dont il fut témoin en 1832, M. Baillarger songea aux moyens de prévenir la perforation du pharynx et aussi d'éviter les déviations de la sonde, qui tantôt revenait par la bouche, et tantôt se repliait sur elle-même, de telle sorte que l'injection devenait impossible ; ce fut alors qu'il fit construire par M. Samson, fabricant d'instruments, une sonde à double mandrin dont voici la description :

Cette sonde, longue de 40 centimètres, diffère des sondes œsophagiennes ordinaires par son volume beaucoup plus petit et aussi par son extrême flexibilité. A 13 centimètres du cul-de-sac on a tracé un petit cercle blanc, et un autre cercle semblable à 8 centimètres du pavillon.

On commence par introduire un mandrin en baleine, qu'on fixe au pavillon de la sonde, dont il fait désormais partie. Ce mandrin porte à son extrémité et en dehors du pavillon un petit bouchon conique qu'il traverse à son centre, bouchon avec lequel on peut à volonté fermer l'entrée de la sonde.

On introduit ensuite un mandrin en fer recourbé et assez fort pour maintenir dans la même courbure le mandrin en baleine. Cette courbure doit être telle qu'une corde tirée du bout de la sonde au premier petit cercle blanc soit de trois pouces et demi environ.

La sonde ainsi préparée, on traverse les fosses nasales et on s'arrête lorsque le cercle blanc le plus voisin du cul-de-sac est au niveau de l'ouverture de la narine ; alors on fixe la sonde et on retire le mandrin en fer. Le mandrin en baleine, obéissant à son élasticité, se redresse et applique la sonde sur la paroi postérieure du pharynx.

Immédiatement après avoir retiré le mandrin en fer, on ferme l'extrémité de la sonde avec l'obturateur, et on continue l'opération. L'instrument, guidé par le conducteur en baleine, descend directement et sans se replier en avant. Il ne reste plus qu'à retirer le mandrin et avec lui l'obturateur, et à faire l'injection. (*N° du 6 septembre* 1845.)

Mémoire sur le traitement abortif de la blennorrhagie par l'azotate d'argent à haute dose ; par M. Serres, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. — Ce travail est une appréciation critique de la méthode de M. Debeney, méthode que nous avons suffisamment exposée dans des extraits empruntés à l'auteur lui-même (1).

M. Debeney a contre sa méthode deux sorte d'adversaires : les uns, comme M. Vénot (d Bordeaux), la proclament désastreuse ; d'autres plus modérés, comme M. Serres (de Montpellier), se contentant de chercher à montrer ce qu'elle a de trop exclusif, se rapprochent sans doute plus de la vérité.

Le professeur Serres a expérimenté en grand la méthode de M. Debeney dans l'hôpital des Vénériens. M. le docteur Cazalis, son élève, qui a été témoin de ces essais, en a publié les résultats dans une petite brochure, au commencement de cette année. M. Serres vient y ajouter aujourd'hui l'autorité de son nom. Il commence par rendre à M. Debeney cette justice, que les injections avec l'azotate d'argent, telles qu'il les conseille, loin de produire les accidents graves qu'on leur a reprochés, ne provoquent pas même des douleurs aussi vives ni aussi durables que celles auxquelles on devrait naturellement s'attendre. M. Serres ajoute même qu'autant il s'était élevé *à priori* contre les injections avec l'azotate d'argent à haute dose portées dans le canal de l'urèthre, autant il doit aujourd'hui à la vérité de reconnaître que ses craintes à cet égard n'étaient pas fondées.

---

(1) Voyez les numéros de septembre et décembre 1843 (11e année, 1er semestre), et avril 1845 (12e année, 2e semestre).

Mais, d'un autre côté, il ne partage pas les idées de M. Debeney qui, d'après sa onzième observation, va jusqu'à croire que ces injections peuvent faire disparaître en vingt-quatre heures un rétrécissement dont l'origine remontait à six ans. M. Serres n'est pas, cependant, du nombre de ceux qui prétendent que les injections dans le canal de l'urèthre sont une des causes les plus communes des coarctations de ce conduit; mais il ne veut pas que l'on croie que les injections avec l'azotate d'argent à haute dose ont, par rapport aux rétrécissements de l'urèthre, un avantage dont ne jouissent aucune de celles que l'on a proposées jusqu'à ce jour.

M. Serres combat ensuite la manière dont M. Debeney explique le mode d'action de la substance saline dont il se sert pour les injections. Selon ce dernier, l'azotate d'argent agit alors à titre de caustique, témoin, dit-il, les eschares de la membrane muqueuse qui se détachent peu de temps après l'injection et qui sortent sous la forme de pellicules blanches. Le professeur de Montpellier pense, au contraire, que l'azotate d'argent agit ici comme dans la plupart des cas où il est employé, c'est-à-dire en modifiant profondément la sensibilité de la muqueuse avec laquelle il est mis en contact. Les eschares dont parle M. Debeney ne sont, ajoute-t-il, en général autre chose que des flocons muco-purulents coagulés par l'action chimique du sel argentifère. C'est à peine s'il sort de temps en temps quelques débris de l'épithélium. S'il en était comme dit M. Debeney, un malade pourrait-il supporter sans inconvénient sept à huit cautérisations de l'urèthre faites coup sur coup?

Portant ensuite son examen sur l'appréciation des faits avancés par M. Debeney, et les confrontant avec les siens propres et avec ceux de M. Leriche dont celui-ci invoque lui-même le témoignage, M. Serres trouve que M. Debeney s'est beaucoup exagéré l'importance de sa méthode. Voici quant à la pratique les propositions que le professeur de Montpellier a cru pouvoir déduire des faits nombreux qu'il a recueillis :

Le traitement de la blennorrhagie par les injections avec l'azotate d'argent à haute dose restera désormais dans la pratique; cependant il est loin de donner des résultats aussi satisfaisants que ceux indiqués par M. Debeney. Ces injections sont surtout avantageuses au début ou vers la fin des écoulements, lorsque l'inflammation est à peine naissante ou sur le point de s'éteindre. Dans les blennorrhagies aiguës et plus encore dans celles dites cordées, ce mode de médication ne peut être que préjudiciable aux malades qui y sont soumis. Il ne faut user des injections nitratées à hautes dose qu'avec la plus grande circonspection chez les malades qui ont eu déjà des rétrécissements de l'urèthre ou qui sont sujets à des rétentions d'urine. Lorsque après cinq ou six injections aux doses indiquées par M. Debeney, on ne parvient pas à se rendre maître de la blennorrhagie, il faut en cesser l'usage; car il en pourrait résulter des inconvénients. Enfin, plus on réfléchit à la manière d'agir des injections nitratées à haute dose, plus on s'aperçoit qu'elle se rapproche beaucoup de celle des injections dans lesquelles le nitrate d'argent entre à des doses bien plus faibles. C'est là ce qui résulte d'observations recueillies par M. Leriche et des essais comparatifs faits par le professeur de Montpellier.

(*N° du 27 septembre.*)

— M. Diday, chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des Vénériens) de Lyon, adresse à M. Debeney une lettre sur le même sujet, dans le numéro du 1er novembre du même journal. Nous nous bornons à mentionner ce travail, parce que l'auteur y est arrivé aux mêmes conclusions que le professeur de Montpellier. Comme lui aussi, il a constaté que la méthode de M. Debeney est exempte de dangers. M. Diday partage en trois classes bien distinctes les résultats qu'il en a obtenus, savoir : 1° changements insignifiants chez vingt malades; 2° changements plus satisfaisants, mais passagers, chez quinze malades; 3° guérisons au nombre de trois seulement. M. Diday conclut à la proscription des injections caustiques comme seul traitement pendant la période inflammatoire.

Opération de la cataracte selon la méthode de déplacement, faite avec succès, après soixante ans de cécité; par M. Serres, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. — Il s'agit dans cette observation d'un homme de soixante-sept ans qui se présenta à l'auteur avec une cataracte traumatique à l'œil droit par suite d'un coup de fleuret. Après avoir inutilement cherché à rétablir la vue dans cet œil où il y avait issue de l'iris à travers la cornée, M. Serres aperçut à l'œil droit une cataracte lenticulaire, et, en outre, un léger albugo sur le segment latéral externe de la cornée. Il y avait soixante ans que le malade avait cessé de voir de ce côté; la cataracte et l'albugo étaient survenus à la suite de la petite vérole. Le malade fut opéré de ce côté par déplacement sans la moindre difficulté; au moment même de l'opération, il s'écria qu'il avait aperçu la boiserie de la croisée devant laquelle on l'opérait. Le malade se hasarda lui-même dès le surlendemain à vérifier le succès de cette opération. A dater de cette époque, la vue du malade s'est améliorée de jour en jour. Il y a dix-huit mois que cet homme a été opéré, et il passe actuellement une partie de la journée à faire la lecture à ses compagnons d'infortune dans l'hospice de la Charité de Montpellier.

Ce fait, peut-être unique en son genre, ajoute l'auteur, répond d'une manière victorieuse aux écrivains qui ont prétendu que, lorsque la cataracte devenait ancienne, il était à craindre que la rétine, trop longtemps condamnée au repos, n'eût perdu sa sensibilité.

M. Serres pense qu'il est assez vraisemblable que l'intégrité des fonctions visuelles du côté droit a été pour quelque chose dans la conservation de la sensibilité de la rétine du côté gauche. Puis il se demande à quoi bon opérer en même temps les deux yeux chez les malades qui sont atteints de la cataracte, si la rétine est susceptible de conserver pour ainsi dire indéfiniment la faculté de voir, alors même que l'œil ne fonctionne plus? N'est-il pas plus rationnel de ne toucher d'abord qu'à un seul œil, sauf à utiliser l'autre plus tard si l'opération ne réussit pas? On sait que cette question d'oculistique est aujourd'hui très controversée. M. Serres se propose d'y revenir.

(25 *octobre.*)

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE.

Août 1845.

Tétanos traumatique; bains de vapeur; guérison. Observation prise dans le service de M. ROBERT, à l'hôpital Beaujon. — Un homme âgé d'une cinquantaine d'années, ouvrier, d'assez bonne constitution, avait été blessé à la plante du pied gauche. A l'examen, il présentait une plaie contuse, sur le bord plantaire interne, s'étendant depuis le talon jusqu'au milieu du métatarse, ayant par conséquent une longueur de 15 centimètres au moins (5 pouces). On l'a traité par les irrigations d'eau froide pendant les douze premiers jours. A cette époque, la lésion était déjà en bonne voie de guérison, le malade ne souffrait plus, mais le bourgeonnement ne paraissait pas très abondant. On a donc cessé les irrigations et l'on a pansé la plaie simplement, avec de la charpie et du cérat. La nuit suivante, le malade avait chaud, il s'est découvert et il est resté dans cet état jusqu'au lendemain. Il s'est donc enrhumé, a été saisi de douleurs rhumatismales et d'une légère raideur à la mâchoire inférieure, qui a persisté pendant trois ou quatre jours. Alors le malade a commencé à accuser des raideurs dans le membre inférieur gauche, avec des espèces de tremblements ou de secousses convulsives, petites et répétées. Bientôt après, les mêmes phénomènes se sont déclarés dans l'autre membre abdominal, puis les muscles du tronc se sont pris, à leur tour, de bas en haut. Le cou, les mâchoires se sont raidis; l'œsophage s'est contracté (dysphagie), et les autres symptômes ordinaires du tétanos étaient manifestes. M. Robert a prescrit des bains de vapeur prolongés jusqu'à la syncope, qu'on a répétés chaque jour, et des pilules d'opium, de 5 centigrammes chaque (1 grain), au nombre de deux, trois ou quatre par jour. Le mal n'a pas fait de progrès: la raideur a diminué, les convulsions se sont apaisées et le malade a guéri en peu de jours. On a bientôt pu cesser ce traitement; la plaie est cicatrisée, le trismus a disparu complètement, mais les muscles de la cuisse du côté gauche offrent encore une certaine raideur, une sorte de dureté cartilagineuse. Avant ces accidents, on avait remarqué, dans le milieu de la plaie, un point qui était d'une sensibilité extraordinaire au toucher. Déjà M. Robert avait observé deux autres cas de tétanos survenu à la suite de plaies de la plante du pied ou du bras, et qui s'étaient guéris à l'aide des bains de vapeur répétés jusqu'à la syncope. L'un de ces cas s'était présenté à la Pitié dans le service de Sanson; les bains ont dû être continués longtemps, et leur nombre a été si considérable, que l'administration, qui faisait alors venir les bains de vapeur du dehors, a eu à solder une note de 360 francs pour cela, ce qui doit sembler peu concevable; le fait n'est pas moins exact cependant.

Péritonites traitées avec succès par le mercure à doses élevées. — M. LISFRANC a retiré en différentes occasions de très bons effets de la pommade mercurielle contre les péritonites aigües. Il vient de s'en présenter entre autres deux exemples très frappants dans son service. Dans l'un il s'agit d'un homme, âgé de 40 ans environ, qui, étant ivre, avait eu l'abdomen écrasé par une grosse roue de voiture, laquelle lui avait traversé la région hypogastrique. Il en est résulté une rétention urinaire, puis une péritonite pariétale générale très grave, avec épanchement reconnaissable dans la partie inférieure du ventre. Le malade a été saigné au bras; puis son ventre a été couvert d'une couche épaisse de pommade mercurielle double qu'on a renouvelée plusieurs fois par jour, à tel point qu'on a consommé deux kilogrammes et demi de cette pommade dans l'espace de trois jours seulement. A cette époque, les symptômes alarmants de la péritonite avaient déjà disparu; le malade a guéri. L'autre est relatif à une femme grêle, délicate, ne pouvant pas être saignée; elle a été saisie de métro-péritonite, et guérie comme le malade précédent.

Blennorrhée prostatique; seigle ergoté. Lettre de M. DESRUELLES. — Cette lettre est relative à deux faits de guérison de spermatorrhée par le seigle ergoté uni au campre (voyez notre numéro de septembre). Ces guérisons n'étonnent nullement M. Desruelles; pour lui, il en a rassemblé depuis quatre ans un assez grand nombre pour établir que le seigle argoté agit d'une manière efficace dans la blennorrhée aigüe et de l'espèce de blennorrhée qu'il a désignée sous le nom de *blennorrhée prostatique*; quand cette dernière est accompagnée de spermatorrhée, il est peut-être le meilleur moyen de les arrêter. Il y a déjà longtemps d'ailleurs que l'auteur a remarqué l'efficacité de l'ergot de seigle, principalement contre les érections dans la blennorrhagie. M. Desruelles partage complètement sur cet agent les vues de M. Rognetta. C'est donc pour lui un hyposthénisant avec action élective sur les organes génitaux chez l'un et l'autre sexe.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Rapport du docteur MARTIN *sur les ouvrages offerts à la Société de médecine de Nîmes* par le docteur BERTINI, de Turin. (Suite et fin. Voir le numéro de septembre.) — Dans les *fièvres synoques simples* et dans les *fièvres rhumatismales*, l'auteur obtenait une parfaite guérison par les seules boissons diaphorétiques et quelque sel neutre; il avait rarement recours aux saignées. Dans les *synoques gastriques*, outre les boissons ci-dessus indiquées, il employait avec beaucoup d'avantage les boissons rafraîchissantes légèrement laxatives.

L'eau à la glace, la glace elle-même, employées concurremment avec quelques saignées, soit générales, soit locales, ont suffi à l'auteur pour conduire à parfaite guérison des *gastrites* et des *gastro-entérites* des plus aiguës et des plus graves. Les hépatites cédèrent également aux mêmes moyens avec quelques doux laxatifs.

Il a traité avec un grand bonheur la plupart des *arthrites* au moyen de l'extrait alcoolique d'aconit napel à haute dose, seul ou associé au kermès minéral. Le docteur Bellingeri confirme l'utilité de cet extrait dans les mêmes maladies, qu'il combattait aussi avec succès à l'aide de l'acétate de morphine par la voie endermique, et, dans quelque cas, par une pommade composée de 20 centigrammes de vératrine pour 32 grammes de saindoux.

Les *fièvres intermittentes* sont bien souvent de nature inflammatoire en Piémont ou associées à une irritation gastro-intestinale et accompagnées d'une violente céphalalgie durant les paroxysmes. Dans ces cas, et sans recourir au quinquina, l'auteur et son collègue, le docteur Bellingeri, obtenaient une prompte guérison par l'emploi de la saignée pratiquée une ou deux fois, rarement trois, durant le stade de la chaleur, et par l'usage de quelques doux purgatifs; mais dans les fièvres quartes il fallait presque toujours recourir aux préparations de quinquina. Parmi elles, le docteur Bertini, à l'exemple du docteur Puchero, professeur à l'Université de Turin, a employé avec un grand succès le sulfate et le citrate acides de quinine à la dose de 20, au plus 25 centigrammes, dissous dans 128 grammes d'eau distillée, avec 32 grammes de sirop simple, administrés dans l'intervalle des accès. Il assure qu'une dose a suffi dans la plupart des cas. Le rapporteur, qui a déjà eu plusieurs fois occasion d'expérimenter cette méthode, se fait un devoir de confirmer en tout point les assertions du docteur Bertini.

Les *engorgements de la rate*, occasionnés, soit par les fièvres intermittentes, soit par d'autres causes, étaient promptement guéris par l'application des ventouses scarifiées répétées une ou deux fois sur la région de ce viscère.

Beaucoup de *diarrhées* et de *dysenteries* rebelles ont été guéries par le nitrate d'argent cristallisé donné en lavement, d'après la méthode du docteur Boudin, et porté quelquefois graduellement jusqu'à 15 centigrammes.

Un des opuscules offerts par le docteur Bertini contient deux observations lues par l'auteur à la Société médico-chirurgicale de Turin, dont il était président: la première est sur les avantages de l'extrait de belladone employé à l'extérieur dans les douleurs goutteuses; la seconde contient l'histoire détaillée d'un cas de *delirium tremens* des buveurs, guéri par l'usage de l'opium.

Du traitement arabique ou diète sèche; par le docteur TRIBES, mémoire lu devant la Société de médecine du Gard. — Dans notre numéro de mai 1844 (11e année, 2e semestre), nous avons donné la formule, ou, si l'on aime mieux, la recette de cette vieille méthode de traitement dont la tradition, qui remonte jusqu'aux médecins arabes ou arabistes, s'est conservée dans le seul hôpital d'Aix. Les grands éloges que lui prodiguent les médecins de cette ville, notamment M. Payan et l'auteur de cet article, nous engagent à entrer à ce sujet dans quelques détails.

On s'accorde généralement à distinguer deux diètes sèches, l'une dans laquelle entre le mercure, l'autre dans laquelle ce spécifique ne joue aucun rôle. Cette dernière réussit chez des sujets épuisés par plusieurs traitements mercuriels complets, mais restés inefficaces. Ses heureux effets se font aussi remarquer dans les vieilles affections rhumatismales, scrofuleuses, goutteuses; dans les dartres invétérées, les gales anciennes que rien n'a pu dissiper; dans les cas où l'on ne sait quelle est l'affection qui entretient une maladie locale; lorsqu'il existe une cachexie entretenant des ulcères, des plaies dont rien ne triomphe; dans beaucoup d'affections chroniques enfin qui font le désespoir de l'art.

Le mode de traitement dans lequel entre le mercure et que l'on emploie contre les véroles opiniâtres se compose d'un opiat, d'une tisane sudorifique, d'un régime particulier, et de pilules. C'est l'administration ou la non-administration de ces pilules qui fait la différence des deux diètes sèches.

Formule des pilules arabiques :

Pr. Mercure coulant pur Sublimé corrosif	aa	2 grammes.
Séné Racine de pyrèthre Agaric	aa	4 grammes.
Miel		Q.S.

On réduit en poudre impalpable les substances végétales; le mercure coulant est éteint aussi parfaitement que possible avec le sublimé; ensuite, avec du miel, on fait une masse pilulaire qu'on divise en pilules de 20 centigrammes.

Ces pilules sont prises au nombre de deux par jour.

Formule de l'opiat arabique :

Pr. Salsepareille	150 grammes.
Squine	90 —

Coquilles de noisettes torréfiées	30 grammes.
Gérofles	4 —
Miel	Q.S.

La dose est de 8 à 16 grammes, matin et soir.

Pour toute boisson il est accordé au malade un litre ou deux par jour de tisane de salsepareille, de squine ou de gayac.

Le régime auquel le traitement doit son nom de *diète sèche* ne consiste qu'en galettes, raisins secs, noix, pruneaux, figues sèches, amandes torréfiées. Les aliments ordinaires sont entièrement proscrits.

Les malades, à ce qu'il paraît, ne s'accommodent pas de ce régime aussi mal qu'on pourrait le croire. Tout d'abord, leur appétit devient vorace; puis il diminue au bout de quelque temps, et alors commence l'impatience de voir cesser la monotonie de cette alimentation. Cependant les malades, étonnés, dit l'auteur, des résultats qu'ils ont obtenus, se montrent dociles jusqu'à la fin du traitement qui varie de 30 à 50 jours.

On commence par faire prendre chaque matin une pilule avec un verre de tisane sudorifique après; l'opiat est pris une heure plus tard : un second verre de tisane l'accompagne; on fait de même le soir. Le restant de la tisane est pris dans le courant de la journée, pendant ou après les repas.

Dans l'espace de quatre ans que M. Tribes a été témoin de l'emploi quotidien du traitement arabique à l'hôpital d'Aix, il n'a jamais vu un seul cas de salivation. Quelques médecins l'ont, il est vrai, observée en ville; mais c'était peu de chose en comparaison des salivations ordinaires. La diète sèche paraît modifier profondément les glandes salivaires.

Des analyses chimiques sévèrement faites expliquent jusqu'à un certain point, dit l'auteur, l'innocuité des pilules arabiques dans lesquelles le sublimé paraît se trouver à une dose si élevée. Par l'effet du mélange intime du mercure coulant et du sublimé corrosif, ce dernier subit une décomposition, de sorte qu'après il n'existe ni mercure naturel ni sublimé corrosif, mais un composé mercuriel nouveau qui jouit au suprême degré de la propriété antisyphilitique.

L'auteur ne recommande pas le traitement arabique comme une méthode usuelle; peu de malades voudraient s'y soumettre. Mais si l'économie est profondément atteinte, si des ulcérations profondes se montrent au pharynx, aux amygdales, aux piliers du voile du palais, si la voûte palatine est nécrosée et cariée, s'il y a ozène, s'il existe des ulcères à la peau, et surtout si ces phénomènes ont résisté aux traitements ordinaires, c'est alors qu'il convient au traitement arabique comme étant, d'après l'auteur, la méthode la plus sûre et la plus efficace, et fréquemment, ajoute-t-il, on aura lieu de s'étonner des conséquences heureuses de son emploi.

Cette méthode curative, sans mercure, donne également des résultats surprenants, dans les affections graves de la peau surtout.

Ce travail est terminé par deux observations qui prouvent l'efficacité du traitement arabique dans des cas déterminés. Nous regrettons que le manque d'espace ne nous permette pas de donner ces deux intéressantes observations.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

(Numéro de juin 1845.)

Observation d'hydro-pneumo-thorax, suite de pleurésie chronique avec coïncidence de tubercules pulmonaires; par M. H. GINTRAC. — Nous nous bornons à mentionner ici, pour mémoire, une observation prise avec le plus grand soin chez une femme de 34 ans. Cette observation vient à l'appui d'un point de doctrine admis plutôt en théorie qu'en pratique, savoir, que le pneumo-thorax peut être dû à une exhalation gazeuse opérée à la surface de la plèvre. L'auteur dit qu'il s'est positivement assuré que le poumon insufflé ne perdait l'air par aucun point de sa surface. La cavité droite du thorax, dans laquelle siégeait le mal, contenait un demi-litre de sérosité, outre l'espace vide occupé par l'air qui, de son côté, refoulait le poumon contre la colonne vertébrale. Ce travail montre quelle importance on doit apporter dans l'appréciation diagnostique des cas de pneumo-thorax; car s'il n'y eût pas eu chez cette femme de lésion tuberculeuse, la guérison eût pu s'opérer.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

De l'affection farcino morveuse chez l'homme; anatomie pathologique; par M. MARCHANT (voyez les numéros de juillet et d'octobre 1845). — Les lésions anatomiques que l'on observe sur les individus morts de la morve n'expliquent nullement la gravité des symptômes qui ont existé pendant la vie. Les pustules, les gangrènes superficielles, la lésion des fosses nasales qui peut s'étendre jusqu'à la bouche, au larynx et à la trachée-artère; les pneumonies lobulaires avec de petits abcès métastatiques, ont été jusqu'à ce jour les seules altérations constamment trouvées sur le cadavre.

Le développement des pustules se fait avec une rapidité très grande; elles se forment souvent du soir au lendemain, sans être précédées d'aucune rougeur; d'autres fois un point rouge apparaît, et, quelques heures après, survient une pustule. Leur grosseur varie depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une pièce d'un demi-franc; elles sont pour la plupart de forme ronde ou ovale, et d'un blanc grisâtre.

Les gangrènes superficielles ou bulles gangréneuses, qu'il ne faut pas confondre avec les gangrènes profondes du farcin, paraissent de même nature et identiques aux pustules, quant à la forme; seulement, le liquide qu'elles contiennent est en plus grande quantité et est coloré en gris noirâtre par du sang altéré. Leur développement n'est pas constamment

précédé par un érysipèle, comme le croît M. Ph. Boyer; souvent elles surviennent rapidement, sans qu'aucune rougeur préalable vienne les annoncer.

Les lésions des fosses nasales sont un fait constant et caractéristique dans la morve aiguë; elles consistent dans des pustules, des gangrènes et des taches ecchymotiques, qui ont principalement leur siége dans la membrane de Schneider, et qui, de là, s'étendent le plus souvent sur les parties environnantes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Les pustules, de même nature que celles de la peau, sont plus petites; leur volume varie depuis celui d'une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'un grain de millet. Elles ont principalement leur siége à la cloison des fosses nasales, sur le plancher et dans les parois latérales, s'étendant quelquefois jusque dans les fosses maxillaires. Elles pénètrent dans l'arrière-bouche par la partie postérieure des fosses nasales, et se placent sur la partie supérieure du pharynx, du larynx, jusque sur le voile du palais et la trachée-artère. Elles se développent très rapidement; on voit d'abord des points blancs isolés ou agglomérés : la muqueuse est soulevée par une matière blanchâtre demi-concrète, qui se ramollit plus tard : alors l'épithélium se déchire, et il ne reste plus que des petites cavités contenant des gouttelettes de pus. D'autres fois, ce sont des ulcérations qui succèdent aux pustules. Ces ulcérations, plus ou moins grandes, ont détruit la membrane muqueuse et pénétré jusqu'aux os et aux cartilages, qui sont dénudés. Elles sont tapissées par une fausse membrane d'un blanc grisâtre sale, plus ou moins épaisse. Elles reposent quelquefois sur des végétations fongueuses. Les bords sont relevés en forme de bourrelets, et l'on voit souvent de nouvelles pustules se développer sur eux et s'ulcérer à leur tour. Il arrive aussi que les bords sont taillés à pic, et la membrane muqueuse semble avoir été enlevée par un emporte-pièce.

Les gangrènes des fosses nasales produisent des dénudations étendues; ce sont des plaques plus ou moins étendues d'une couleur gris-noirâtre, qui détruisent les parties sur lesquelles elles ont leur siége, quelle que soit leur nature. Ces gangrènes ne présentent du reste rien de particulier. Les taches ecchymotiques formées par du sang extravasé sont plus ou moins nombreuses et occupent les intervalles laissés par les pustules ulcérées et les gangrènes.

Les ulcérations que nous venons de décrire s'étendent souvent aux divers tissus, à la cavité buccale, au larynx et à la trachée-artère, etc.

Des érysipèles de mauvaises nature, ayant leur point de départ sur les côtés des narines, envahissent la face, la racine du nez et les paupières. Souvent un seul côté est plus malade que l'autre : cela donne une expression toute particulière à la physionomie du malade.

Les pneumonies lobulaires ou disséminées se rencontrent non-seulement dans la morve, mais dans les maladies dites fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, etc. Cette forme de pneumonie est pour ainsi dire la forme obligée des maladies virulentes et contagieuses. Cela aurait dû faire réfléchir les adversaires de l'existence et de la contagion de la morve.

Les poumons des individus morveux sont mous et crépitants dans une partie de leur étendue, sauf dans quelques points isolés et circonscrits. Les altérations que l'on trouve alors présentent deux formes bien distinctes : dans la première, c'est une agglomération de petits points purulents entourés de tissu pulmonaire altéré, hyperhémié, occupant principalement la partie la plus superficielle du poumon; dans la seconde, ce sont des ulcères tout formés, tapissés d'une membrane pyogénique. Ces abcès sont entourés d'un cercle ecchymotique; ils bossellent la plèvre sous laquelle ils sont presque immédiatement placés. Dans les intervalles de ces lésions, le poumon est sain et crépitant.

La pneumonie lobulaire que l'on observe chez les chevaux morts de la morve est absolument identique à celle de l'homme mort dans les mêmes conditions.

L'engorgement des ganglions (glandage) existe quelquefois; mais il n'est pas constant.

L'abondance des matières nous oblige de renvoyer la Revue des journaux étrangers au prochain n°.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 octobre 1845.

M. Velpeau lit, en son nom et au nom de M. Lacournère, un rapport sur un travail de M. Desjardins, du Havre, ayant pour titre : *Observations sur l'ascite sans lésion des viscères ni du système circulatoire.* Ces observations sont au nombre de trois. Plusieurs membres de l'Académie sont d'avis que les deux premiers faits sont des cas d'ascite par suite de scorbut. Mais le troisième est une observation très remarquable d'ascite essentielle. La ponction fut pratiquée après quinze ans de durée de la maladie, laquelle n'avait amené d'autre trouble dans la santé qu'un peu de gêne résultant du volume du ventre. La ponction donna issue à environ quinze litres de liquide, et le malade paraissait guéri, lorsqu'il fut pris incidemment d'une pneumonie à laquelle il succomba. A l'autopsie, M. Desjardins ne trouva dans les viscères abdominaux aucune lésion organique qui pût expliquer l'existence de l'ascite. — Conclusions : remercîments à

l'auteur; inscription de son nom sur la liste des aspirants au titre de correspondant.

Gymnastique. M. Bouvier lit, au nom de MM. Bégin, Londe et au sien, un long rapport sur un travail de M. Clias qui a pour objet la gymnastique populaire. Il termine par les conclusions suivantes qui sont adoptées :

1° La commission reconnaît l'utilité des exercices gymnastiques en général; 2° la méthode somacétique de M. Clias, supérieure par sa simplicité et par ses bons effets aux autres méthodes, pourrait être appliquée avec de grands avantages dans les écoles primaires; 3° la commission propose qu'il soit envoyé copie du rapport à M. le ministre de l'instruction publique.

Séance du 28 octobre.

M. Laugier fait, en son nom et au nom de M. Martin-Solon, un rapport très favorable sur un nouveau scarificateur présenté par M. le docteur Blatin. Cet instrument, qu'il a expérimenté à l'hôpital Beaujon, ne pèse que 65 grammes et a de nombreux avantages sur le scarificateur allemand qu'il est appelé à remplacer. M. Laugier conclut à ce que des remercîments soient adressés à M. Blatin. (Adopté.)

Séance du 4 novembre.

Entéro-hystérocèle. — M. Capuron fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lechaptois (de Bolbec), intitulé : Entéro-hystérocèle, et relatif à un cas de déchirure avec renversement complet de l'utérus.

Une femme, après la perte de son mari éprouve une suppression de règles. Elle néglige une légère hernie vaginale qui fait des progrès et cause de grands changements dans la cavité abdominale, d'où résultent des douleurs, des spasmes, des contractions musculaires, etc. M. Lechaptois, appelé, trouve la masse intestinale qui est flottante sur les genoux de la malade, par suite de l'issue qu'elle a trouvée à travers la matrice déchirée et renversée. Il nettoie l'intestin, le fait rentrer dans la cavité abdominale et l'y maintient. Mais, après cette réduction, la malade, quoique dans un état désespéré, va mieux le lendemain, et, après trois mois de convalescence et de guérison presque complète, elle est atteinte d'une pneumonie à laquelle elle succombe. Ses parents se sont malencontreusement opposés à l'autopsie.

M. le rapporteur cite une observation qui offre beaucoup d'analogie avec celle-là. Il propose d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant. (Adopté.)

Production piliforme de la langue.—M. Landouzy, professeur à l'École de médecine de Reims, membre correspondant, met sous les yeux de l'Académie une production anormale de la langue, offrant toutes les apparences d'un appendice. Ce cas a été observé chez un médecin qui, après une pleurésie aiguë, fut pris d'une récidive de la même maladie, dont il guérit. Vers les derniers temps de sa maladie, on fut frappé, en examinant sa langue, de la trouver noire et comme recouverte d'une forêt de poils, ou du moins d'une production analogue à des poils. Il était presque sans cesse occupé à les arracher tantôt avec des pinces, tantôt en râclant avec un couteau.

M. Landouzy ne connaît que deux observations du même genre, l'une rapportée par Meckel, l'autre consignée dans les ouvrages de Portal.

Après une courte discussion sur ce sujet, M. le président annonce que M. Landouzy consentant à ce qu'une commission soit nommée, il priera MM. Blandin, Piorry et Delens d'examiner cette pièce et d'en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.

Séance du 11 novembre.

Lithotritie. — M. Cazenave (de Bordeaux), membre correspondant, lit une petite note statistique relative aux opérations de lithotritie qu'il a pratiquées depuis quinze ans. Le nombre de ces opérations s'élève à cinquante-deux. Sur ce chiffre d'opérés, 45 ont guéri, 8 sont morts, 1 seul a continué à souffrir après l'opération, quoiqu'il eût été débarrassé de deux calculs volumineux. Des 8 malades qui ont succombé, 3 sont morts par le fait de circonstances entièrement étrangères à l'opération.

— M. Pravaz lit, sur l'*orthopédie rachidienne*, un travail dans lequel il se propose de répondre aux objections et aux critiques qui ont été dirigées dans une des dernières séances contre l'orthopédie rachidienne, à l'occasion du rapport de M. Bouvier sur la gymnastique (séance du 21 octobre).

M. Londe est également d'opinion que pour obtenir un redressement permanent il faut le concours de la gymnastique et des moyens mécaniques.

La discussion qui s'est élevée n'a pas de suite, et, sur la proposition de M. le président, la note de M. Pravaz sera insérée au Bulletin.

— M. Baud, correspondant, présente un petit appareil destiné à l'exploration du pharynx, et auquel il a donné le nom de *pharyngoscope*.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 20 et 27 octobre 1845.

Ces séances ont été consacrées à des travaux étrangers aux sciences médicales (1).

Séance du 3 novembre.

M. Pétrequin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, présente un mémoire *sur une nouvelle méthode pour guérir certains anévrysmes*,

(1) Comme beaucoup de séances de l'Académie des sciences sont dans ce cas, pour éviter des répétitions, nous passerons à la séance suivante sans en faire mention. *N. D. R.*

sans opération, à l'aide de la galvanopuncture.

MM. Marjolin et Bérard écrivaient, en 1833, dans l'article *Anévrysme* du dictionnaire en 25 volumes : « On a imaginé de provoquer la coagulation du sang dans le sac à l'aide de l'électricité qui y serait transmise par des aiguilles plongées dans la tumeur. Cette idée, qui est due à M. Pravaz, n'a point encore, à notre connaissance, été mise à exécution. »

Cette voie, qui avait été tout-à-fait abandonnée, M. Pétrequin vient de la reprendre. Une expérience tentée sur du sang humain, au moment où il venait d'être tiré de la veine par une saignée, lui ayant donné de l'espoir, il s'est mis à l'œuvre.

M. Pétrequin a opéré trois anévrysmes par la galvanopuncture. Il a guéri ainsi en une seule séance un anévrysme traumatique de l'artère temporale. Un autre anévrysme de l'artère ophthalmique et de l'origine de ses branches, avec exophthalmie, avait été antécédemment traité par la même méthode après l'emploi inutile de la ligature. Mais cette expérimentation eut, dit-il, le grand inconvénient d'être la première de ses tentatives dans l'ordre chronologique, et l'on n'eut qu'un espoir de peu de durée. Malgré les soins que M. Pétrequin y avait apportés, le procédé opératoire laissait encore beaucoup à désirer. Un anévrysme du pli du coude, suite de saignée, s'est ensuite présenté à l'auteur. Mais le malade, pusillanime, n'a pu souffrir la compression à demeure sur le bras ni une seconde séance de galvanopuncture.

Voici le procédé opératoire employé par M. Pétrequin.

Du procédé opératoire. — La première indication est de modifier la circulation dans les vaisseaux afférents, sans quoi la colonne sanguine emporterait le caillot à mesure qu'il se produirait. Toutefois, dans l'observation première, où l'auteur voulait s'assurer de la possibilité du fait en lui-même, il n'appliqua aucune compression sur l'artère, et il réussit ; mais cette précaution est indispensable quand on a affaire à un calibre artériel plus considérable; il sera même utile d'intercepter, par la compression, toutes les communications environnantes.

Dans le sac, le sang doit être stagnant et immobile; autant que possible le malade sera couché ou assis fixement dans un fauteuil. Dans les expériences à découvert sur le sang, on voyait le caillot se former autour des épingles et seulement lorsqu'elles étaient en contact; le phénomène était actif quand on les plaçait en croix; la conséquence est donc qu'il convient d'imiter cette disposition, et qu'il faudra multiplier les sources du caillot quand le sac anévrysmatique sera assez volumineux, de manière que les noyaux, formés en divers sens et en plusieurs points, finissent aisément par se confondre en un coagulum commun. Après l'opération, on pourra appliquer la glace sur le foyer, et continuer la compression alentour s'il est possible.

L'auteur s'est servi d'aiguilles à acupuncture en acier : l'expérience directe sur le sang à découvert lui a fait voir que celle qui correspond a un pôle doit, pour mieux agir, se croiser avec l'aiguille qui répond au pôle opposé, et que, dans les sacs anévrysmatiques volumineux, il faudra les multiplier pour produire d'emblée un bon nombre de caillots, afin d'offrir une charpente suffisante pour le coagulum commun. Il y avait un double écueil : en pénétrant jusqu'au foyer sanguin, les aiguilles brûlent la peau, irritent les nerfs, causent de vives douleurs en pure perte, et font une déperdition fâcheuse d'électricité; de là une réaction inflammatoire défavorable et le défaut d'efficacité : il fallait donc les isoler dans les tissus; on y a réussi à l'aide d'une couche de vernis dans l'étendue de 1 à 2 centimètres, suivant l'épaisseur des parties molles à traverser.

Pour reconduire à volonté le fil de cuivre représentant les pôles, on les tenait à la main. L'auteur les isola en les enveloppant, ainsi que ses doigts, avec un morceau d'étoffe de soie. Il convient, pour mieux coaguler le sang, de débuter de suite par un certain nombre de couples, et de procéder par progressions rapides si les effets sont incomplets. On peut avec avantage changer plusieurs fois la direction des courants galvaniques. Il ne faut pas trop fortement aiguiser l'eau de la pile avec les acides nitrique et chlorhydrique, elle ronge les métaux, et l'action électrique va bientôt languissant ; elle ne doit pas être non plus trop faible, sans quoi elle ne coagulerait pas le fluide sanguin.

C'est avec ces règles que l'auteur a pu réaliser avec succès la première application qui ait encore été faite, sur l'homme, de la galvanopuncture à la guérison des anévrysmes.

— M. Guyon présente une note sur le goître et le crétinisme en Algérie. Le premier paraît être endémique à Blidah, territoire célèbre par ses bois d'orangers, par le pittoresque de sa position comme par l'abondance et la vigueur de sa végétation. On n'a encore vu qu'un seul crétin en Algérie.

NOUVELLES MÉDICALES.

Haute Commission des études médicales.

M. de Salvandy, ministre de l'instruction publique, a institué une Commission qui va s'occuper de la révision de la législation qui régit la constitution du corps médical et l'enseignement des deux principales branches de la science, la médecine, dans laquelle la chirurgie est comprise, et la pharmacie. Cette Commission, que le ministre appelle haute Commission des études médicales, est composée de :

MM. Orfila, président ;

Donné, inspecteur général des Écoles de médecine, secrétaire;

Fouquier, premier médecin du roi, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris ;

Chomel, premier médecin du prince royal, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris;

Bouillaud, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Chambre des députés ;

P. Dubois, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris;

H. Royer-Collard, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris ;

Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut;

Velpeau, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut ;

Roux, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut ;

Dumas, professeur de chimie organique et de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut;

Béhier, agrégé à la Faculté de médecine de Paris (section de médecine) ;

Marchal (de Calvi), agrégé à la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie);

Caizergue, doyen et professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier;

Lordat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier;

Coze, doyen et professeur de matière médicale et pharmaceutique à la Faculté de médecine de Strasbourg ;

Forget, professeur de clinique interne et de maladies épidémiques à la Faculté de médecine de Strasbourg ;

Bussy, professeur de chimie et directeur de l'École spéciale de pharmacie de Paris ;

Gintrac, professeur de clinique médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux;

Sénac, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon ;

Combes, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse ;

Serres, professeur d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme au Jardin du Roi, membre de l'Institut ;

Caventou, professeur de toxicologie à l'École spéciale de pharmacie de Paris, président de l'Académie royale de médecine ;

Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine;

Villeneuve, membre de l'Académie royale de médecine ;

Boullay, membre de l'Académie royale de médecine;

Cap, membre de l'Académie royale de médecine;

Alquié, médecin en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce ;

Richond des Brus, membre de la Chambre des députés ;

Terme, membre de la Chambre des députés, maire de la ville de Lyon.

Secrétaires ajoints :

MM. Labarraque;

Cattois, médecin du ministère de l'instruction publique.

La Commission permanente du Congrès médical de France, instituée le 15 novembre dernier, s'est définitivement constituée.

M. Serres a été nommé président,

MM. Bouillaud et Soubeiran vice-présidents,

MM. Amédée Latour et F. Boudet secrétaires,

M. Richelot trésorier.

La Commission s'est immédiatement occupée de la position que venait de lui faire la nomination de la Commission des *études médicales*, insérée au *Moniteur* le 20 novembre dernier, et dans laquelle se trouvent compris quatre membres de la Commission du Congrès.

Après une longue et sérieuse discussion, la Commission du Congrès a adopté la résolution suivante :

Il y a incompatibilité entre les fonctions de la Commission nommée par le Congrès et les fonctions de la Commission nommée par M. le ministre de l'instruction publique.

Les membres de la Commission du Congrès décident qu'aucun d'entre eux ne fera partie de la Commission ministérielle.

Cette résolution a été prise à l'unanimité des membres présents, dont les noms suivent :

MM. Serres, Villeneuve, Vée, Bouillaud, Garnier, Richelot, F. Boudet, Soubeiran, Miquel, Leblanc, Malgaigne, Collignon, Amédée Latour, Hamont.

La Commission a décidé aussi que la lettre suivante serait immédiatement adressée à M. le ministre de l'instruction publique :

Monsieur le ministre,

La Commission permanente nommée par le Congrès médical de France, après s'être constituée, s'est occupée de la position faite à plusieurs de ses membres par leur adjonction à la Commission des *études médicales*, instituée par vous à la date du 20 novembre dernier. Après une discussion sérieuse et approfondie, elle a reconnu que le mandat dont elle est investie ne permet à aucun de ses membres d'accepter l'honneur de faire partie de la Commission nouvelle. Elle ne veut pas perdre cette occasion de vous témoigner sa sincère reconnaissance pour cette nouvelle marque de sympathie que vous avez donnée au Congrès médical; et c'est avec regret qu'elle vient vous prier, monsieur le ministre, de vouloir bien accepter la démission de ceux des

membres à qui vous aviez conféré cet honneur.

Nous avons l'honneur, etc.

Suivent les signatures.

Paris, le 21 novembre 1845.

M. le directeur de l'École d'Alfort nous adresse la lettre suivante, relativement au Congrès :

Alfort, le 2 décembre 1845.

Monsieur le rédacteur,

Dans le discours d'ouverture qu'il a prononcé à la première séance du Congrès médical, M. Amédée Latour, secrétaire général de la commission permanente, a jugé à propos de s'occuper de l'École d'Alfort, pour signaler, pour blâmer avec commentaires son refus d'adhérer au Congrès.

Cette sortie est d'autant plus difficile à comprendre, qu'elle est dans ce discours un véritable hors-d'œuvre: car l'École, qui aurait pu alléguer de si graves raisons, s'est bornée à s'abstenir; or, en s'abstenant, elle a usé d'un droit, d'une liberté qu'elle avait comme tout le monde. Pourquoi dès lors cette mercuriale de la commission qui semble, en lui reprochant publiquement d'en avoir usé, lui contester ce droit, cette liberté ?

En principe donc, l'honorable secrétaire a fait une faute. Dans la forme, il en a fait une plus grande encore. Il s'est attaqué, sans nécessité comme sans cause, devant un public nombreux, à un corps qui était, qu'il savait être absent. Est-ce bien? est-ce généreux ? est-ce loyal? alors qu'il était couvert par un ordre du jour et par un règlement qui ne permettaient à personne de répondre?

On comprendra que cela est d'autant moins digne, que M. le secrétaire général associait ainsi la commission permanente aux petites rancunes personnelles de M. Amédée Latour et donnait le Congrès pour arène aux querelles particulières de la *Gazette des hôpitaux*.

En effet, comme je viens de le dire, l'École d'Alfort, qui avait tant à se plaindre de l'étrange conduite tenue à son égard, s'était bornée à ne pas adhérer. Elle n'avait rompu le silence que pour répondre par des faits et des dates à un article de la *Gazette des hôpitaux* qui calomniait son abstention ; et c'est à la *Gazette des hôpitaux* seulement qu'elle s'était adressée par l'organe de son directeur.

Contrairement à toute justice, à toute loyauté, non-seulement le rédacteur de ce journal n'a pas inséré un mot de cette réclamation, mais il vient de profiter de la position honorable que ses fonctions de secrétaire lui donnent dans le Congrès pour renouveler ses attaques contre l'École, qui, là non plus, ne peut lui répondre.

J'ai pensé, monsieur le rédacteur, que je pourrais m'adresser à vous avec confiance ponr vous prier de signaler ces faits à l'opinion publique médicale, si tant est que vous croyiez devoir l'en occuper. Et pour vous mettre à même de juger hommes et choses, je vous adresse en même temps un exemplaire de la lettre qu'au nom des professeurs d'Alfort j'avais écrite à la *Gazette des hôpitaux*.

J'ai l'honneur d'être, avec une haute considération,

Monsieur le rédacteur,

Votre très humble et obéissant serviteur,

Le directeur de l'École d'Alfort

EUG. RENAULT.

— Le 25 novembre, l'Académie de médecine a tenu sa séance solennelle. M. Pariset y a lu l'éloge de Larrey. Nous donnerons cet admirable discours dans notre prochain numéro.

Réélections des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Aux termes du règlement sur le service de santé des hospices, les fonctions des médecins et des chirurgiens, nommés dans les formes voulues, n'ont que cinq ans de durée, à moins qu'à l'expiration des cinq années ils ne soient présentés de nouveau par le conseil, par le préfet, et nommés par le ministre.

Le conseil général des hospices, procédant à cette présentation quinquennale, a proposé la réélection de ceux des titulaires dont les noms sont portés sur la liste suivante :

Médecins. — MM. Husson, Caillard, Honoré, Jadioux, à l'Hôtel-Dieu; Serres, Clément, Piorry, à la Pitié; Fouquier, Rayer, Cruveilhier, Andral, à la Charité; Kapeler, Guérard, à Saint-Antoine; Renauldin, Martin Solon, à Beaujon; Sandras, Requin, à l'Hôtel-Dieu (annexe); Lugol, Gibert, Cazenave, à Saint-Louis; Puche, à l'hôpital du Midi; Guersant père, à l'hôpital des Enfants malades; Duméril, à la maison d'accouchements; Leuret, Voisin, Moreau, Baillarger (adjoint), à l'Hospice de la Vieillesse (hommes); Falret, Métivié, Lelut, Trélat (adjoint), à l'Hospice de la Vieillesse (femmes); Duplay, à l'hospice des Incurables (hommes); Lafon, à l'hospice des Incurables (femmes); Labric, aux Ménages; Bafos, à La Rochefoucauld.

Chirurgiens. — MM. Roux, Blandin, à l'Hôtel-Dieu; Lisfranc, Bérard, à la Pitié; Gerdy, Velpeau, à la Charité; Bérard aîné, à Saint-Antoine; Lenoir, à Necker; Jobert, à Saint-Louis; Dubois, Danyau, à la maison d'accouchements; Thévenot de Saint-Blaise, Auvity, à l'hôpital des Enfants-Trouvés et Orphelins.

Le conseil procédera plus tard au remplacement de MM. les docteurs Récamier, Rostan, Magendie, Guéneau de Mussy, Jadelot, médecins, et Marjolin père, chirurgien, qui n'ont point été réélus.

Les médecins ou chirurgiens des hôpitaux dont la nomination n'est point comprise dans cette période de cinq ans n'étaient pas soumis à la réélection.

Concours pour la chaire de pathologie externe vacante à la Faculté de Montpellier. —

Les candidats inscrits, lors de la clôture de la liste, étaient : MM. QUISSAC, agrégé en exercice; ALQUIÉ, agrégé en exercice et chef des travaux anatomiques; BOYER, professeur à la Faculté de Strasbourg.

Faculté de médecine de Strasbourg. — A la suite du concours ouvert devant cette Faculté, M. STOEBER a été nommé professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Distribution des prix à la Faculté de médecine de Strasbourg. — Prix de l'Université. — Premier second prix, M. Charles Schnellbach, de Haguenau (Bas-Rhin); mentions honorables, M. Anselm Ruhlmann, de Nothalten (Bas-Rhin); M. Claude-Henri Dauvé, de Leffonds (Haute-Marne).

Prix de la Faculté. — Médaille d'argent (meilleure thèse de l'année), M. Guillaume Wusgerber, de Ribauvillé (Haut-Rhin); mentions honorables, MM. Schnellbach, Meyer, Dietz, Benoît, Pichoin, qui ont obtenu, après concours, le premier la place d'aide-conservateur; les deuxième, troisième et quatrième, celle d'aide de clinique; le cinquième celle d'aide de chimie.

Ecole de pharmacie. — Ecole pratique. — Premier prix, M. Nicolas-Jean-Sigisbert Muraille, de Saint-Nicolas-du-Port (Meurthe); deuxième prix, M. Louis-Jacques Græter, de Neckerweihingen (Wurtemberg); mention honorable, M. François-Louis Letz, de Strasbourg.

Ouverture du concours pour la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris.

Ce concours s'est ouvert le 1er décembre 1845. Les juges de ce concours, au nombre de quinze, sont, pour la Faculté : MM. A. Bérard, Blandin, Cruveilhier, Paul Dubois, Gerdy, Marjolin, Moreau, Piorry, Roux, Velpeau; et pour l'Académie de médecine : MM. Baron, Husson, Longet, Poiseuille, Renault.

Les candidats sont : MM. Béclard, Bourgery, Chassaignac, Denonvilliers, Despretz, Duméril, Giraldès, Gosselin, Lebaudy, Sanson (Alphonse).

Le 3 novembre a eu lieu la composition écrite.

Le même jour M. le docteur J. Lebaudy, l'un des candidats, a adressé la lettre suivante au président du concours :

Monsieur le président,

Je me retire du concours *avant toute épreuve.* Je vous prie de vouloir bien faire constater cette circonstance, et regarder comme non avenue mon inscription sur la liste de MM. les concurrents à la chaire d'anatomie.

Je suis avec respect, monsieur le président, votre très humble serviteur.

J. LEBAUDY.

3 décembre 1845.

VARIÉTÉS.

Nous donnons ici le discours remarquable prononcé par M. le professeur H. Royer-Collard, le 3 novembre 1845, à la séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine de Paris.

Messieurs,

J'ai sollicité l'honneur de venir aujourd'hui devant vous rendre à la mémoire de M. Breschet un dernier et public hommage. Pendant plus de vingt années, je n'ai cessé de marcher, pour ainsi dire, à ses côtés. C'est lui qui, le premier, m'a ouvert les portes de la science. Plus tard, il a dirigé mes travaux, soutenu mes efforts; et si, parfois, à travers tant de ténèbres qui nous environnent, j'ai cru saisir quelques-unes de ces traces lumineuses qui conduisent à la vérité, je l'ai dû surtout, j'aime à le dire, à ses précieux conseils, à sa généreuse et constante amitié. Comment donc aurais-je abandonné après sa mort celui qui m'avait été si bienveillant durant sa vie? En même temps que nous vous servons de guides dans vos études, il nous est imposé aussi de vous enseigner, par notre exemple, ce respect pour les maîtres qui est comme le principe de toute éducation honnête et libérale. Aussi n'ai-je point hésité. Séparé de vous depuis longtemps par une cruelle maladie, qui n'a pas été la plus grande de mes douleurs, j'ai voulu une fois du moins, dans cette triste année, me sentir au milieu de cette école, dont les professeurs et les élèves m'avaient donné des marques si touchantes d'intérêt et d'affection. J'ai rassemblé ce qui me restait de forces, et, confiant dans votre indulgence, je vous ai apporté ces paroles, que j'eusse désirées meilleures, mais que vous accueillerez encore, je l'espère, comme une dernière preuve de mon zèle et de ma sincère reconnaissance.

Vous n'attendez pas de moi, messieurs, une notice biographique ou un éloge académique : tel n'est point, en effet, le but que nous nous proposons dans ces sortes de discours. Pour nous, la vie d'un professeur est dans ses œuvres; nous y cherchons, non point des développements oratoires ou la matière d'un panégyrique, mais des exemples, des leçons et le résumé de son enseignement.

Je ne m'arrêterai donc point sur les premières années de la carrière scientifique de M. Breschet. Ses débuts ont ressemblé à ceux de la plupart de ses contemporains. A cette époque, la France sortait d'une crise terrible, qui avait remué le pays de fond en comble; on avait vu sans étonnement l'autorité, les biens, la gloire elle-même passer tour à tour dans des mains nouvelles; les individus, comme la nation, avaient appris le secret de leurs forces, et tant de merveilleux succès avaient exalté tous les courages et légitimé toutes les ambitions. De là ce mouvement im-

pétueux et universel, qui poussait à la fois dans les voies les plus diverses une jeunesse pleine d'ardeur et de confiance. Enfants de ces hommes qui ont changé la face du monde, et dont les meilleurs nous abandonnent, ne perdons jamais de vue leurs nobles traces : plusieurs, sans doute, avaient reçu du ciel les dons heureux d'une intelligence supérieure ; mais combien d'entre eux ont illustré leurs noms et utilement servi l'humanité, qui sont arrivés à ce résultat par leur seul travail, grace aux seuls efforts d'une volonté ferme et persévérante !

M. Breschet eut pour premier maître, à l'hôpital de la Charité, celui qui fut le maître de tous, l'illustre Boyer. Il nous a été donné de voir encore cette grande lumière qui avait si longtemps éclairé la science ; nous avons pu admirer dans ses derniers jours cet esprit si net et si sûr, ce savoir si profond et si solide. Mais quel ne devait pas être l'intérêt qui s'attachait à ses doctes leçons, alors que le professeur, dans sa pleine et entière maturité, rassemblait autour de lui l'élite de nos écoles et semblait, à lui seul, le représentant et comme la tradition vivante de la vieille Académie de chirurgie à peine éteinte !

Au nom de Boyer, M. Breschet associait dans sa gratitude celui de Leclerc, dont il avait été l'élève à l'hôpital Saint-Antoine. Nous aussi, professeurs de cette Faculté, nous nous honorons de compter parmi nos prédécesseurs cet homme distingué, savant anatomiste, chirurgien habile, praticien consommé, et dont la mort malheureuse fut encore un témoignage de son dévouement pour la science. M. Breschet termina enfin ses études sous la direction de M. Dupuytren, qui, dès lors, fut pour lui non-seulement un maître, mais un ami.

J'arrive promptement aux travaux de notre collègue les plus dignes d'occuper votre attention. Telle est, d'abord, la thèse, composée de quatre mémoires différents, qu'il soutint en 1819, lorsqu'il fut nommé au concours chef des travaux anatomiques. Le premier de ces mémoires, sur les veines du rachis, est un travail d'une haute importance. Cette portion du système veineux avait été décrite, pour la première fois, d'une manière succincte, par M. Chaussier, dans ses tables synoptiques, puis minutieusement et avec détails, par M. Dupuytren, dans ses cours particuliers d'anatomie ; mais il restait à faire un travail complet sur cette matière, et ce fut l'œuvre de M. Breschet. Après avoir déterminé les conditions dans lesquelles l'injection doit être pratiquée, il fit voir, au moyen d'injections multiples habilement exécutées, les veines dorsi-spinales et médulli-spinales de M. Dupuytren ainsi que les grandes veines méningo-rachidiennes ; il exposa surtout, ce qu'on ignorait avant lui, le procédé général de la circulation veineuse du rachis, comment le sang, versé par les veines dorsi-spinales, basi-vertébrales, médulli-spinales et par les plexus rachidiens, est repris continuellement par d'autres veines placées à la même hauteur dans les régions lombaire et dorsale, et est reporté ensuite dans les veines lombaire et intercostale.

A dater de cette époque, les faits mis au jour par M. Breschet demeurèrent acquis à la science, et consignés désormais dans tous les ouvrages d'anatomie.

Dans un second mémoire intitulé *Recherches historiques et expérimentales sur le cal*, il compara la cicatrisation des os à celle des parties molles, donna la théorie la plus généralement adoptée sur le mode de formation du cal, et démontra avec exactitude la part que prennent à cette opération le périoste et la membrane médullaire. Sans doute les idées qu'il développa à cette occasion furent empruntées en grande partie aux travaux de Duhamel, de Bichat et de Dupuytren ; mais les anatomistes de nos jours n'ont pas moins profité des travaux de M. Breschet, lorsqu'ils ont voulu approfondir de nouveau cette question, si intimement liée au grand problème du mécanisme profond de la nutrition des organes.

Les considérations et observations anatomiques et pathologiques sur la hernie fémorale ou mérocèle doivent être signalées parmi les meilleurs ouvrages de M. Breschet. En 1626, Riolan et Paul Barbette ; en 1685, Nicolas Lequin ; plus tard, Arnault, Chopart et Desault avaient traité de la hernie fémorale ; Callisen avait indiqué les sacs multiloculaires qui s'y rencontrent ; M. Breschet décrivit le premier avec soin et exactitude les différentes lames aponévrotiques qui constituent les enveloppes de cette hernie, ainsi que le ligament de Gimbernat, tant étudié depuis par les chirurgiens. Il fit connaître les anomalies qui résultent de la double origine sur un tronc commun de l'artère épigastrique et de l'artère obturatrice.

Enfin, dans la quatrième partie de sa thèse, M. Breschet traita de la dessiccation et des autres moyens de conservation des pièces anatomiques. Il indiqua par quels procédés les voyageurs, à la suite d'excursions dans des contrées éloignées, peuvent rapporter des collections d'histoire naturelle.

En 1826, M. Breschet fonda, sous le titre de *Répertoire général d'anatomie et de physiologie*, un recueil spécialement consacré à la publication de mémoires originaux sur les différentes parties de la science médicale. Lui-même inséra dans ce recueil plusieurs travaux intéressants. Je citerai particulièrement la description d'une anastomose entre le nerf trifacial, le pharyngo-glossien et le trisplanchnique. Il fit voir que les filets anastomotiques du grand sympathique sont en rapport avec les nerfs et les ganglions cervicaux, et vont se terminer sur la gouttière basilaire, en communiquant avec les nerfs qui naissent de la moelle allongée.

Divers mémoires sur les anévrysmes contiennent aussi d'excellentes observations : par exemple, les recherches sur l'anévrysme faux consécutif du cœur, maladie qui n'avait point été décrite jusqu'alors par les nosographes, et siégeant le plus ordinairement au sommet de cet organe ; de même, le mémoire sur lesané-

vrysmes, publié en octobre 1832, dans lequel M. Breschet, exposant les différents accidents qui peuvent résulter des lésions vasculaires connues sous le nom d'anévrysme variqueux, détermine le mode spécial d'opération qui doit être pratiqué dans chacun de ces cas particuliers.

Dans un autre volume du *Répertoire*, à propos d'un travail de M. le professeur Lallemand sur les tumeurs sanguines des os, M. Breschet rapporte un grand nombre d'observations empruntées aux auteurs sur les tumeurs sanguines qui lui paraissent être des anévrysmes des artères des os; et, après une savante dissertation, il arrive aux conclusions suivantes : Les artères des os peuvent offrir des états anévrysmatiques semblables, par leur nature et par les symptômes qu'ils occasionnent, aux anévrysmes des parties molles. Cette maladie, décrite pour la première fois par M. Breschet, diffère de toutes les autres affections du tissu osseux et des tumeurs fongueuses du périoste, ainsi que des tumeurs sanguines accidentelles, et doit être principalement traitée par la ligature.

Les travaux de M. Breschet sur les anévrysmes avaient été précédés de sa célèbre traduction de l'ouvrage d'Hogdson sur les maladies des artères et des veines. Les notes précieuses dont il enrichit cet ouvrage en firent sans contredit le principal mérite. « C'est là que se trouve, je rapporte ici les propres expressions de M. Andral, la première description qui ait été faite, en France, de l'inflammation des veines, » de cette maladie, dont l'étude devait occuper, quelques années plus tard, une place si importante dans les théories et dans la pratique de la médecine.

Je ne saurais passer sous silence le procédé opératoire conseillé par M. Breschet pour la guérison du varicocèle. A ce sujet, je me permettrai une observation. S'il est vrai, et cela est vrai, comme l'a dit le grand chirurgien et physiologiste John Hunter, que la médecine opératoire ne soit « qu'un argument contre l'art de guérir, et un aveu tacite de son insuffisance, » si, par conséquent, la médecine ne doit armer sa main de l'instrument chirurgical que dans les cas désespérés, et lorsque les autres ressources sont impuissantes, il suit de là cette rigoureuse conséquence, qu'une opération qui peut causer la mort ne doit jamais être pratiquée, quand la maladie ne compromet point par elle-même la vie du malade. Le remède ne doit pas être plus mortel que le mal, telle est la règle absolue et invariable qui domine toute la chirurgie. Appuyé sur ce grand principe, je n'hésiterai point à rejeter le mode d'opération conseillé par M. Breschet. Le varicocèle, sans doute, est une affection pénible; cependant elle n'expose point les jours de celui qui en est atteint. L'opération de M. Breschet, quoique préférable à toutes les autres, donne lieu parfois à des accidents funestes, et particulièrement à des phlébites promptement mortelles. Sachons donc gré à l'habile chirurgien de son invention, mais laissons vivre le malade, et gardons-nous d'approuver un moyen dont les dangers sont reconnus et malheureusement attestés par l'expérience.

Le temps et l'espace me manqueraient ici, messieurs, pour vous présenter une analyse, même rapide et incomplète, des publications de notre collègue relatives à l'embryologie. Vous savez combien elles ont eu de retentissement dans le monde savant. A l'époque où elles parurent, elles eurent le double avantage de mettre en lumière des faits encore inconnus, et d'attirer l'attention des physiologistes sur ce mystérieux et inépuisable problème de l'organogénie. Depuis lors, plusieurs de ces faits ont été mieux observés; des opinions nouvelles ont été substituées à celles de M. Breschet. Il lui reste, toutefois, cet honneur, d'avoir donné, par son exemple, l'impulsion aux travaux même qui ont fait vieillir les siens, d'avoir fait preuve dans ses recherches, non-seulement d'une rare sagacité, mais d'une intelligence merveilleuse des grandes lois qui président à la formation des organes, d'avoir rattaché à l'étude de ces hautes et difficiles questions celle de la théorie générale des monstruosités, principalement dans son beau travail sur l'*ectopie du cœur*; enfin d'avoir montré, dans ces divers mémoires, combien l'anatomie comparée pouvait être profitable à l'anatomie et à la physiologie humaines.

C'est encore l'anatomie comparée, ingénieusement appliquée à la science médicale, qui a fait le principal mérite du grand ouvrage de M. Breschet sur l'oreille interne. Là, il a démontré l'existence dans l'oreille de l'homme d'une poudre qu'il a rapprochée des concrétions solides qui se rencontrent dans celle des poissons; il a donné une excellente description du labyrinthe membraneux et des divers plexus nerveux de l'organe auditif.

Mentionnons encore le mémoire présenté en 1834 à l'Académie des sciences, et qui a pour titre : *Histoire anatomique et physiologique d'un organe de nature vasculaire découvert dans les cétacés*, suivie de quelques considérations sur la respiration de ces animaux et des amphibies.

Le mémoire sur la peau, auquel M. Breschet avait consacré tant de veilles, est un de ceux où il a mis le plus d'esprit et de talent; mais il faut convenir qu'il renferme un grand nombre d'allégations que l'observation n'a point confirmées. Toutefois, l'existence des glandes sudoripares et des vaisseaux sudorifères, ainsi que le mode de terminaison des anses nerveuses dans le tissu cutané tel que l'a décrit M. Breschet, sont aujourd'hui des faits admis par les meilleurs anatomistes; M. Müller, de Berlin, s'est rangé, sous ce rapport, à l'opinion du savant français.

Je fatiguerais votre attention, messieurs, si je m'arrêtais encore sur une foule d'autres mémoires de M. Breschet, qui seraient dignes, néanmoins, d'être soumis à notre analyse; qu'il me suffise de vous les rappeler. Ce sont, entre autres, ses recherches sur le cancer, sur la mélanose, sur la rage, sur la matière colo-

rante du placenta de quelques animaux, sur la grossesse extra-utérine ; les expériences qu'il a faites en commun avec MM. Milne Edwards et Vavasseur sur le rôle du nerf pneumogastrique dans la digestion, avec M. Milne Edwards sur l'exhalation pulmonaire ; enfin, le remarquable mémoire qu'il a composé avec M. Becquerel sur la température des différentes parties du corps de l'homme et des animaux.

Je m'arrête. Arrivons maintenant, il en est temps, à des considérations plus générales. Si nous envisageons tous ces ouvrages, non plus isolément et en eux-mêmes, mais dans leur ensemble, nous verrons qu'ils se distinguent par un caractère propre, et qu'en comparant sous ce rapport M. Breschet avec la plupart de ses contemporains, on est conduit à lui faire, en quelque sorte, une place à part dans l'histoire scientifique de son époque. Quel qu'ait été tour à tour le sujet divers de ses recherches anatomiques, pathologiques, chirurgicales, toujours il a travaillé sous l'inspiration d'idées physiologiques vivement empreintes dans son esprit; toujours il s'est proposé ce but, et il a obtenu ce résultat, de mettre en rapport les différentes parties de la médecine entre elles au moyen de la physiologie, qui en est le lien commun et nécessaire ; de telle sorte que chacune d'elles se prêtant mutuellement secours et assistance, il n'est plus aucune vérité partielle, aucune découverte de détail qui n'éclaire à l'instant même d'une vive lumière les autres parties de la science, et la science tout entière. En 1721, Montesquieu, après avoir présenté à l'Académie de Bordeaux, dont il était membre, quelques observations d'anatomie et de physiologie qu'il avait faites dans ses moments de loisir, terminait son discours par ces paroles : « Il ne faut pas avoir beaucoup d'esprit pour avoir vu le Panthéon, le Colisée, les pyramides ; il n'en faut pas davantage pour voir un ciron dans le microscope, ou une étoile par le moyen des grandes lunettes ; et c'est en cela que la physique est si admirable ; grands génies, esprits étroits, gens médiocres, tout y joue son personnage. Celui qui ne saura pas faire un système comme Newton, fera une observation avec laquelle il mettra à la torture ce grand philosophe : cependant Newton sera toujours Newton, c'est-à-dire le successeur de Descartes, et l'autre est un homme commun, un vil artiste, qui a vu une fois, et n'a peut-être jamais pensé. » Nous ne nous offenserons pas, messieurs, de la dureté de ces expressions que Montesquieu s'appliquait modestement à lui-même dans cette circonstance ; mais tâchons d'en faire sagement notre profit. Il y a plusieurs sortes d'anatomie. Qu'un laborieux investigateur, sans cesse courbé sur le cadavre, poursuive, le scalpel à la main, les détours et les anastomoses d'un filet nerveux ; qu'il découvre des communications inconnues entre des organes éloignés ; qu'il apprenne aux savants quelque manière nouvelle de disséquer le cerveau, il pourra, comme dit Montesquieu, mettre à la torture les plus grands philosophes, et pourtant n'être qu'un manœuvre, qu'un vil artiste qui a vu une fois et n'a jamais pensé. Mais si, au lieu d'étudier les rapports topographiques d'un nerf, il étudie la structure intime de la matière nerveuse ; si, au lieu de trouver un canal de jonction entre deux viscères, il trouve dans leur composition moléculaire la raison prochaine de leurs opérations physiologiques ; s'il établit, par des rapprochements multipliés, par des comparaisons ingénieuses, l'analogie qui existe entre les formes fondamentales et les actions diverses des substances organiques ; s'il arrive enfin à déduire, de cette connaissance profonde des éléments, les lois générales des masses, et à extraire ainsi la synthèse de l'analyse, devra-t-on l'appeler encore de ces mêmes noms, et le manœuvre habile ne sera-t-il point aussi dans ce cas un penseur éclairé et intelligent?

C'est ce qu'a fait M. Breschet lorsqu'il a cherché, dans l'anatomie de texture, par exemple, au milieu des conditions les plus diverses de la santé et de la maladie, les formes dernières des parties vivantes. Son anatomie, alors, n'est plus seulement son propre but à elle-même ; elle est, en même temps, de la physiologie ; car, à cette extrémité de la science, on ne peut plus séparer l'action de la forme, la fonction de son instrument ; et de plus, la généralité ressortant à chaque pas de la spécialité, l'observation enfante la doctrine, et l'énonciation des faits les plus élémentaires équivaut nécessairement à l'explication des lois les plus complexes.

Il en est de même de l'étude des développements primitifs de l'homme et des animaux, c'est-à-dire de l'embryologie telle que M. Breschet l'a conçue et exécutée.

Cette étude n'eût-elle d'autre objet que de nous faire connaître certaines conditions spéciales de la structure propre aux êtres vivants, certes, elle serait bien digne, à elle seule, d'occuper au plus haut degré toute l'attention des médecins et des naturalistes. Mais, ici encore, l'anatomiste est sans cesse, et comme malgré lui, autre chose qu'un simple descripteur d'organes. Il a sous les yeux, non plus des formes fixes et permanentes, mais des formes sans cesse modifiées et renouvelées. Obligé de suivre la nature pas à pas dans cette évolution, dans ce déroulement progressif de l'être, il ne reste pas en place, il marche avec elle ; il note successivement l'apparition des diverses fonctions, leur jeu varié, leurs métamorphoses ; en exposant des phénomènes, il raconte une histoire, la plus vive, la plus animée, la plus attachante de toutes les histoires, dans laquelle tout s'enchaîne, où chaque évènement contient en lui et prédit en quelque sorte celui qui va suivre, et où se meut visiblement à travers mille accidents divers, l'*idée nécessaire*, comme dit un célèbre philosophe, qui constitue la vie et anime le corps organique dans toutes ses parties. Combien de vues neuves et fécondes sont sorties depuis quelques années de ces recherches embryologiques ! Quel nouveau jour s'est répandu sur un grand nombre de ques-

tions intéressantes! Rappelons ici cette belle doctrine sur les monstruosités, dont on a quelque peu abusé peut-être, mais qui n'en est pas moins vraie, et qui, proposée d'abord par Blumenbach, largement développée depuis par M. Geoffroy-Saint-Hilaire et par M. Breschet, est devenue enfin, entre les mains de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, le sujet d'un si remarquable ouvrage. N'est-ce pas encore la dissection de l'œuf du poulet qui nous a fourni les renseignements les plus précieux sur le mode de formation des vaisseaux et des membranes, sur l'ostéogénie, sur l'organisation des tissus accidentels et des produits morbides de toute espèce? Que de révélations importantes pour la pratique des accouchements, pour l'hygiène et surtout pour la médecine légale! Aucune de ces idées n'a échappé à la sagacité de M. Breschet, et personne plus que lui n'a contribué à les populariser parmi nous par ses livres et par ses enseignements.

Nous ne lui devons pas moins, messieurs, pour le zèle ardent et éclairé qu'il a constamment apporté dans l'étude de l'anatomie comparée. C'est en France, nous pouvons le dire avec orgueil, qu'a pris naissance cette grande et belle science, dont les admirables progrès ont été l'une des principales gloires de notre époque. Les étrangers eux-mêmes nous rendent cet honorable témoignage. J'emprunte ici les propres paroles de M. J.-Fréd. Meckel : « C'est surtout, dit-il, l'immortel Vicq-d'Azir qui a ouvert la route, en comparant la même partie dans les divers animaux, les différentes régions dans le même corps, et surtout les membres dans le même animal. » L'élan une fois donné, tout le monde suivit. Ce n'est point ici le lieu d'écrire une histoire; contentons-nous de citer les noms les plus célèbres : en France, MM. Cuvier, Daubenton, de Lamarck, Geoffroy-Saint-Hilaire, Duméril, de Blainville, Serres, Milne Edwards; en Angleterre, John Hunter, Everard Home, Bauer, Owen; en Allemagne, Treviranus, Gœthe, Blumenbach, MM. Carus, Oken, Rudolphi, Meckel, Tiedemann et tant d'autres, dont l'existence même était à peu près ignorée de nous il y a vingt-cinq ans.

A cette époque cependant, l'anatomie comparée était devenue au delà du Rhin populaire et universelle. On comptait, dans les universités allemandes, presque autant de naturalistes que de médecins, tandis qu'elle était, chez nous, reléguée encore et renfermée dans l'étroite enceinte de la Faculté des sciences et du Muséum. Parmi les médecins, M. Breschet se trouvait alors presque le seul qui possédât une connaissance exacte de ce qui se faisait à l'étranger. Le premier, il importa dans notre pays ces grands travaux de l'Allemagne savante, et les doctrines physiologiques qui en étaient la conséquence.

Non-seulement il a traduit ou fait traduire un grand nombre d'ouvrages, non-seulement il a produit au grand jour de nos Ecoles, couvert de son nom et protégé de son autorité, des opinions que leur seule origine eût rendues suspectes; mais, chose remarquable! il a su mettre de l'invention jusque dans l'érudition elle-même. Jamais il n'a touché au travail d'autrui sans le développer et l'agrandir; les pensées qu'il a empruntées au dehors, il les a converties en sa propre pensée; et, dans un temps où les accusations de plagiat sont si fréquentes, aucune réclamation ne s'est élevée contre cet écrivain, dont les moindres publications étaient lues cependant dans toute l'Europe.

Ce n'est pas, messieurs, rendre à la société un médiocre service que de faire cesser ainsi l'isolement qui existait entre les divers pays, et de les unir dans les mêmes vues scientifiques. Rien ne se perd, sans doute, quoi qu'il arrive, et l'humanité peut attendre; mais la vie des hommes est courte, et leur temps se consume dans la poursuite pénible et fatigante des choses qui sont devenues vulgaires à cent lieues de leur patrie. Combien donc ne devons-nous pas nous réjouir pour le présent et nous féliciter pour l'avenir, en les voyant maintenant marcher de concert, se communiquer leurs découvertes, et s'enrichir mutuellement par un échange continuel des produits de leurs intelligences! Les hommes sont faits pour vivre ensemble; les peuples ont besoin les uns des autres; des motifs tout spéciaux poussent chacun d'eux dans des directions différentes, et comme c'est la même mine qu'ils exploitent en sens divers, il faut que tous ces efforts partiels soient connus et compris dans tous les points où se fait le travail, afin que les succès de chacun appartiennent à tous, et que dans toutes les parties du corps social circule, comme le sang, la vérité conquise, qui en est l'aliment et la vie. Je n'hésite point à le déclarer, messieurs, nous serions injustes envers M. Breschet, si nous ne lui savions un gré infini de l'application qu'il a mise sans cesse à nous initier aux secrets de la science étrangère.

Vous le voyez donc, quels qu'aient été les travaux de notre collègue, et par quelque côté qu'on les veuille considérer, il est impossible de n'y point remarquer, ainsi que je le disais plus haut, un caractère distinct, et comme un cachet qui leur est propre. D'autres ont été plus que lui professeurs, chirurgiens, même anatomistes; nul autant que lui n'a été ce qu'on peut appeler un savant. Il en a eu l'état et, de plus, les goûts et les mœurs. Son esprit fin et délié, son enjouement aimable, ses connaissances littéraires eussent fait de lui naturellement un homme recherché dans le monde, et lui eussent assuré sans peine ces succès de la pratique médicale qui donnent la fortune; mais jamais de tels soucis n'arrivèrent jusqu'à lui. Au milieu de cette convoitise universelle, de cette insatiable avidité qui fait de toutes choses une honteuse spéculation, M. Breschet est resté constamment désintéressé; aux bénéfices même légitimes de sa profession, il a préféré la simplicité d'une vie modeste, les douceurs de la famille, et cette joie suprême que procure aux âmes d'élite la recherche pa-

tiente et souvent heureuse de la vérité. Aussi a-t-il joui pleinement du premier de tous les biens, de cette considération qui est le prix d'une vie honorable, et, selon la belle expression de Cicéron, la couronne de la vieillesse. Son nom était connu, répété avec éloges dans l'Europe savante tout entière. Ses opinions étaient citées avec l'autorité qui s'attache aux ouvrages dont la valeur n'est plus contestée. Lors de son dernier voyage en Italie, sur le seul bruit de son arrivée, M. le professeur Panizza quitta sur-le-champ Pavie, et fit soixante lieues pour se trouver sur son passage. Au congrès scientifique de Stuttgardt, lorsque M. Breschet fut annoncé, toute l'assemblée se leva; on courut au devant de lui, et l'un des membres du congrès le serra dans ses bras en l'appelant son cher ami. « Je vous embrasse tendrement, lui répondit M. Breschet, mon cher ami que je ne connais pas. » Enfin, on a pu dire justement de lui, et je me plais à le redire ici, qu'il représentait la science étrangère en France, et la science française à l'étranger.

Non content de s'être acquis de si nobles droits au repos, M. Breschet poursuivait ses travaux avec une activité et une passion toujours renaissantes. Il avait entrepris depuis quelques années une série de recherches anatomiques et physiologiques sur le larynx de l'homme et des animaux; c'était pour lui une œuvre de prédilection, à laquelle il voulait consacrer tous ses efforts, lorsque tout-à-coup il fut atteint d'une maladie imprévue et comme frappé de la foudre au milieu de sa course; il lui fallut tout abandonner pour ne plus songer qu'au triste soin de sa santé. Soins superflus! Vaines espérances, par lesquelles on cherche encore à tromper ceux qui vont mourir! Lui-même n'espérait plus; il se sentait gravement blessé, et tandis qu'au fond de son âme il disait adieu à tout ce qu'il aimait, ses dernières pensées se reportaient encore sur son travail subitement interrompu. Eh! messieurs, qu'est-ce en effet que la vie, et par où mérite-t-elle tant qu'on la regrette, si ce n'est par les jouissances de l'esprit et les affections du cœur? Combien il est pénible de se dire, au moment de tout quitter, qu'on n'a pas fait tout ce qu'on pouvait faire, qu'on a laissé dormir dans le silence des facultés qu'on avait reçues, et des forces qu'on y eût employées facilement à de meilleurs usages! Heureux, du moins, celui qui, comme notre collègue, peut alors regarder sa vie en face, et se rendre ce témoignage qu'il a été utile à ses semblables, et que la science gardera à tout jamais le souvenir de ses services.

Messieurs, j'aurais voulu, dans ce discours, ajouter à l'éloge de notre savant et si regrettable collègue celui d'un autre professeur de cette école, M. Pelletan, que la mort a également frappé dans le cours de cette année. Depuis quelque temps il s'était retiré de nous; mais son souvenir était toujours présent dans cette Faculté. Son rare talent, son esprit si vif et si facile, ses connaissances variées, et j'ajouterai les qualités du cœur qui le rendaient aimable à tous ses collègues, mériteraient sans doute d'être rappelés dans cette enceinte. Mais, messieurs, en vous entretenant principalement aujourd'hui des travaux de M. Breschet, et des titres qu'il s'est acquis à notre reconnaissance, j'ai eu particulièrement à cœur de vous faire comprendre quel prix vous devez mettre à ces hautes études, trop négligées de nos jours, qui ont essentiellement pour but le progrès de la science et de la philosophie médicale. J'ai voulu que ce discours fût pour vous une exhortation et un enseignement, plus encore qu'nn hommage rendu à la mémoire de ceux qui ne sont plus. Avant le talent, avant l'esprit, j'ai désiré vous faire honorer et estimer l'amour de la science. Sachez-le, en effet, ceux-là seulement se font un grand nom sur la terre et sont destinés à vivre dans la mémoire des hommes, qui travaillent avec leur esprit et dans l'intérêt de l'intelligence humaine. La médecine est le plus utile des arts sans doute; mais elle est aussi la plus élevée des sciences; et c'est là surtout qu'est la dignité de ceux qui la cultivent.

Jeunes élèves qui m'écoutez, c'est à vous que je m'adresse. On gémit, on se désespère de l'abaissement dans lequel est tombée, dit-on, la profession médicale; on demande à grands cris de la considération pour les médecins; on implore des lois protectrices. Mais la considération, ne l'oubliez pas, ne s'accorde plus de nos jours qu'aux individus. Elle ne s'écrit point dans les lois, elle ne se décrète point par ordonnance. Si vous voulez être considérés, montrez-vous dignes de la vocation que vous avez acceptée. Et comment vous en montrer dignes, si ce n'est en prenant d'abord au sérieux les études qui doivent vous placer au-dessus des autres hommes? Grâces au ciel, vous avez entre les mains tous les moyens d'instruction qui peuvent vous rendre votre tâche douce et facile. Vos professeurs ne vous ont point été imposés par la faveur; ils se dévouent avec ardeur à la mission qu'ils tiennent du pays et de leur talent. Des Facultés rivales de la nôtre vous offrent à l'envi les ressources accessoires de l'enseignement le plus abondant et le plus varié. De toutes parts vous sont ouverts les amphithéâtres, les laboratoires, les bibliothèques. les cliniques; et voilà qu'au sein même de cette Faculté, à la voix de son chef, vient de s'élever, comme par enchantement, un nouveau musée, que dis-je? une chaire nouvelle, dont l'inauguration commence, en quelque sorte, une révolution dans l'enseignement de cette Faculté. Nous entrons enfin dans la science. Il vous appartient maintenant, messieurs les élèves, de seconder ce grand mouvement par vos efforts. Votre pays, qui a tant fait pour vous, et qui a tant besoin de votre aide, a le droit de compter sur vous; nous lui répondons de vous, messieurs, vous ne manquerez point à ses espérances.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 1er SEMESTRE DE LA 13e ANNÉE.

1845—1846.

A.

Abcès du pharynx.—Observations. 205
Accouchements (*Clinique d'*) de Rennes. 92
Acétate de morphine. 113
Achilléine dans les fièvres intermittentes. 116
Acide cyanhydrique. 113
—*hippurique* dans l'urine humaine. 115
—*tartrique.*—Empoisonnement. 120
Aconit (Extrait d'). 113
Acupuncture. 113
Alcalins dans les maladies de la peau. 204
Alcool en fomentations dans la phthisie. 114
Alcoolé tannique dans la leucorrhée et les ulcères du col utérin. 74
Aliénation mentale. — Considérations théoriques. 217
Aliénés (Cathétérisme de l'œsophage chez les). 247
Amussat. — Blessures des vaisseaux sanguins. 84
Amygdalite chronique. — Voy. Angine tonsillaire.
Anatomie artificielle. 38
— clastique. 121
Anchylops érysipélateux de Beer (Sur l'). 148
André (de Vienne). — Inoculation du typhus épizootique. 123
Anémie, distinguée de la polyhémie séreuse. 86
Anévrysmes. — Galvanopuncture. 254
—artérioso-veineux. 84
—poplité. 178
Angine tonsillaire.—Brou de noix. 161
—Résine de gayac. 37
Anomalie des organes génitaux. 215
Anthelmintiques (Formules). 214
Arabique (Traitement). 250
Arsenic dans des eaux thermales. 120, 165
—(*Empoisonnement par l'*).— Méthode italienne de traitement. 185
— contre les fièvres intermittentes. 165
—pur en topique sur les cancers. 34
Arséniate de quinine — en Italie. 210
Artères. — De leurs blessures. 84
Arthrites. 250
Articulations (Traité des maladies des). 44, 105
Ascension sur les lieux élevés.—Effets. 42
Ascite sans lésion des viscères. 252
Auzias-Turenne.—Inoculation de la petite-vérole sur un singe. 39
Auzoux.—Anatomie clastique. 121
Azotate d'argent à haute dose dans la blennorrhagie. 247

B.

Baillarger. — Cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés. 247
Bains (Traité complet des). 154
— *de vapeur* dans le tétanos traumatique. 249
Bal (de). — Scarlatine; abcès; hémorrhagie mortelle. 158
Bandage de sparadrap dans l'exomphale. 159
Barbieri.—Arsenic pur en topique. 34
Baron.—Des produits accidentels. 132
Barras. — Traité sur les gastralgies. 243
Barrier.—Traité des maladies de l'enfance. 220
Barzilai.—Cas d'empoisonnement. 191
Baume du Pérou dans le diabète sucré. 160
Beau.—De l'anémie et de la polyhémie séreuse. 86
Bec-de-lièvre congénial. — Opportunité de l'opération. 39
Becker.—Brou de noix dans l'amygdalite. 161
Belladone. 113
—*en fumigations* dans la phthisie. 76
Bennewitz. — Alcool en fomentations dans la phthisie. 114
Bérard(A.).—Anévrysme artérioso-veineux. 84
—Compendium de chirurgie pratique. 131
Bérard (de Rome).—Du miasme paludéen. 103
Berg.—Maladies des enfants à l'hôpital de Stockholm. 159
Berger.—Coqueluches traitées par le nitrate d'argent. 32
Bernard. — Traitement des fistules lacrymales. 85
Bernardeau.—Histoire de la phthisie pulmonaire. 22
Bertini.—Ouvrages divers. 113, 250
Bertolini.—Arséniate de quinine. 211
Biagini. — Forme particulière de fièvre puerpérale.—Sarcôme cérébral extraordinaire. 210
Bianconi.—Des eaux thermales. 117
Biceps brachial. — Déplacement de sa longue portion. 37
Biographie de J.-L. Petit. 127, 170
Bismuth (Sous-nitrate de). 114
Blatin.—Tamis-aquéduc. 123
— Nouveau scarificateur. 253
Blennorrhagie transmise par un bain. 35
—Chlorure de chaux. 212
— Traitement abortif. 247
Blennorrhée prostatique.—Ergot de seigle. 249
Blondlot.—Perfectionnement à la méthode de Marsh. 202
Bonnafont.—De la trompe d'Eustache. 201
Bonnet.—Traité des maladies des articulations. 44, 105
Bonorden.—Formule contre l'épilepsie. 32
Bordes-Pagès.—Colique des peintres. 157
Bouc à mamelles lactifères. 168

Boudin.—Étiologie des fièvres intermittentes ; arsenic. 165, 215
Boussingault.—Formation de la graisse. 84
Bouygues.—Luxation des poignets. 216
Boyer.—Traité des maladies chirurgic. 88, 151
Breschet (Eloge de). 257
Bright (*Maladie rénale de*). — Considérations. 36
Bronchite capillaire. — Émétique à doses réfractées. 111
Bronchocèle. 118
Bruit de frottement abdominal. — Signe de péritonite. 213
Brunetta.—Vertu fébrifuge de la graisse. 77
Buffon.—Histoire de ses travaux et de ses idées. 196

C.

Cabaret.—Biographie de J.-L. Petit. 117, 170
Calculs des fosses nasales. 203
—*rénaux.*—Traitement des douleurs. 31
Calcul vésical contenant du mercure. 161
Calloud.—Formule anthelmintique. 214
Cancer.—De l'arsenic en topique. 34
—*du genou* guéri par autoplastie. 218
Candy. — Empoisonnement par le gaz d'éclairage. 156
Cantharides (Empoisonnement par les). 193
Canuti. — Divers usages de l'ergot de seigle. 161
Carteaux. — Préparations d'anatomie artificielle. 38
Castel.—De l'ascension sur les lieux élevés. 42
Castration (Effets de la). 46
Cataracte.—Études pratiques. 185, 235
—*congéniale* (Sur la). 51
— opérée après 60 ans de cécité. 248
Cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés. 247
Caustique formé de safran et d'acide sulfurique. 112
—de Vienne et de Filhos. 195
Cautérisation multiple contre la leucorrhée. 113
—*pharyngienne.* — Précautions qu'elle exige. 137
Cayol. — Consultation sur un cas d'hémoptysie. 72
Césarienne (*Opération*) pratiquée pour la 2e fois chez la même femme. 31
Chaillou. — Préparations d'anatomie artificielle. 38
Chambert.—Bronchite capillaire. 111
Chambeyron.—Traité des maladies chirurgicales de Boyer. 151
Chenantais.—Du croup. 176
Chenu.—Eaux ferrugineuses de Passy. 44
Chéreau. — Kyste ovarique guéri par l'incision. 64
Chirurgie élémentaire (Précis de). 44
Chlorure de chaux dans la gonorrhée et l'ophthalmie purulente. 212
Chorée guérie par le sulfate de quinine. 112
Chrestien.—Eaux de Balaruc. 150
Christiern.—De l'iodure de potassium. 32
Ciguë contre le ténia. 117
—dans les affections douloureuses. 164
Claus.—Découverte d'un nouveau métal. 76
Clias. — Gymnastique. 252
Clinique médico-chirurgicale du professeur Lallemand. 44
Coccyx (Extirpation du). 37
Colas. — Règne épidémique de 1842-43-44-45. 246
Colique saturnine.—Opiacés et vin. 34, 162
—Traitement à Saint-Éloi de Montpellier. 157
— — de M. Sandras. 166
Commission (*Haute*) des études médicales. 254
— *permanente* du Congrès. 255
Compendium de chirurgie pratique. 131
—de médecine pratique. 201
Concours pour la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris. 257
— pour celle de pathologie externe de la Faculté de médecine de Montpellier. 257
Congrès médical. —Ses travaux. 221, 255
Contagion de la fièvre typhoïde. 38, 81, 83
Convulsions guéries par l'ablation de la malléole externe. 31
Cooper (W.). — Rétinite due au microscope. 211
Coqueluche.—Nitrate d'argent. 32
Corbel-Lagneau. — Traité des bains. 154
Cordier.—Fièvres marécageuses des pays tempérés. 138
Cormack. — Pommade d'ipécacuanha. 118
Corps étranger dans le larynx. 37
Corrigan. — Maladie rénale de Bright. 36
Cravera. — Sciatique opiniâtre guérie par les moxas. 78
Croup (Du). 76
—Sa thérapeutique. 6
Cuivre (*Sulfate de*).—Empoisonnement. 192
Cyanose des nouveau-nés. 85
Cyanure de potassium dans le tétanos du cheval. 28

D.

Debreyne.—Pommade contre le prurigo. 214
Decerfz.—Enfant monstre. 168
Delasiauve.—Aliénation mentale. 217
Demarquay.—Calculs des fosses nasales. 203
Denonvilliers.—Compendium de chirurgie pratique. 131
Dents.—De leur plombage. 201
Desjardins. — Ascites essentielles. 252
Desmarres.—Des cataractes congéniales. 51
—Études sur la cataracte. 185, 235
Desruelles. — Blennorrhée prostatique; ergot de seigle. 249
Devay. — Cautérisation multiple dans la leucorrhée. 110
Devergie.—Médication alcaline. 204
Diabète sucré.—Baume du Pérou. 160
Diapason appliqué à la thérapeutique. 43
Diarrhée à l'hôpital des enfants de Moscou. 209
—*des enfants en sevrage.*—Viande crue. 208
Diarrhées et dysenteries. 250
Diday. — Traitement abortif de la blennorrhagie. 248
Diphthérite pharyngienne.—Traitement. 209
Douleurs lombaires (Des différentes espèces de). 80
Douloureuses (*Affections*).—De la ciguë. 164
Dubois (Paul).—Bec-de-lièvre congénial. 39
Dubreuilh.—Observations de névrite. 206

DUDGEON.—Pannus : inoculation d'une ophthalmie purulente. 35
DUMAS. — Constitution du lait des carnivores. 217
DUNCAN.—Corps étranger dans le larynx. 37
DUPUIS.—Formule contre le ténia. 76
DUPUY.—Propriété hémostatique de la cervelle de mouton. 81
DURAND (De Lunel). —Sur l'action nerveuse. 88
Dysenterie à l'hôpital des enfants de Moscou. 209

E.

Eau de laurier-cerise. — Inutile ou dangereuse. 113
Eaux chaudes arsenicales de l'Algérie. 165
—de Balaruc. 150
—de Forges. 165
—ferrugineuses de Passy. 44
—*potables.*—Moyen de les reconnaître. 33
—*thermales* (Origine du calorique dans les). 117
ÉBRARD.—Nouveau mode d'emploi de l'hydrochlorate de morphine. 205
Eclampsie puerpérale.—Guérison. 82
Electro-magnétisme. Il guérit des paralysies. 79
Emphysème pulmonaire. 167
Empoisonnements guéris par la méthode italienne. 191
—par l'arsenic. 191
—par les cantharides. 193
—par le gaz d'éclairage. 156
—par le sulfate de cuivre. 192
Encyclopédie anatomique. 68
ENGEL.—Ablation de la malléole externe. 31
Entéro-hystérocèle. 253
Entropion.—Séton. 34
Epilepsie (Formule contre l'). 32
—Sulfate de quinine. 112
—Trépanation. 118
Ergot de seigle dans l'hémoptysie. 114
— dans la blennorrhée prostatique et dans la spermatorrhée. 112, 249
—guérit une rétention d'urine et un flux hémorrhoïdal. —Placenta expulsé. 161
Ether acétique dans la goutte. 118
Études médicales (Haute commission des). 254
Extirpation du médius métacarpien. 179

F.

Farcino-morveuse (*Affection*) chez l'homme. 30, 155, 251
FELDMANN.—Kératoplastie. 169
FENOLIO. — Action de l'uva ursi. 79
Fer (*Carbonate de*) contre les métro-hémorrhagies. 145
— (*Proto-iodure de*). — Nouveau mode de préparation. 32
Fièvre intermittente.— Étiologie. 214, 215, 250
—du miasme producteur (De la). 103
—Achilléine. 116
—Arsenic. 165
Fièvre intermittente.—Arséniate de quinine. 211
—Axonge. 77
—*larvées.*—Sulfate de quinine. 157
—marécageuses des pays tempérés. 138
—*pernicieuse hémiplégique*; quinine; guérison; — *puerpérale*, id. 210
— —*larvée.*—Mort au premier accès. 33
Fièvres rhumatismales; — synoques. 250
Fièvre typhoïde (Relation de plusieurs épidémies de). 82
—(Contagion de la). 38, 81
—(Discussion académique sur la). 121
—Traitement. 123
Fièvres présentant plusieurs des caractères de la fièvre jaune. 134
Fistule lacrymale.—Traitement. 85
—*vésico-vaginale.*—Opération ; guérison. 87
FLARER.—Traitement de l'entropion. 34
FLEURY. — Compendium de médecine pratique. 201
FLOURENS.—Histoire des travaux de Buffon. 196
Fongus du testicule.—Nouvelle méthode de traitement. 164
Formuler (Traité de l'art de). 154
Fractures du crâne (Nouveau signe des). 203
—diaphysaires du fémur. 45
FREY.—Inflammation de la veine porte. 75
FURNARI.—Voyage médical en Algérie. 131
FUSTER. — Révolutions du climat de la France. 123

G.

Gale. — Considérations théoriques et pratiques. 3
GALTIER.—Traité de toxicologie. 132
Galvano puncture contre les anévrysmes. 254
Gangrène nosocomiale.—Sublimé corrosif. 160
Gastralgies. (Traité sur les). 243
Gastrites et gastro-entérites. 250
Gastro-entérite à l'hôpital des enfants de Moscou. 209
Gastro-entéro-malacie id. 209
GAULTIER DE CLAUBRY. — Contagion de la fièvre typhoïde. 81
Gayac dans l'angine tonsillaire. 37
GHEERBRANDT.—Guérison d'une sciatique. 158
GIBERT.—Considérations sur la gale. 3
—De l'alcoolé tannique. 74
GINTRAC (H.). — Hydropneumothorax. 251
GOBLIN.—Frictions mercurielles dans la variole. 75
GODEFROY.—Thérapeutique du croup. 10
—Clinique d'accouchements. 93
Goître anévrysmal guéri par une opération. 162
GORRÉ.—Rhumatismes articulaires guéris par les saignées coup sur coup.—Observations de rougeole. 48
GOURAUD (père).—Indications et formule de la saignée. 109
Goutte (Recherches sur la). 118
Graisse (Formation de la). 84
—Elle guérit des fièvres intermittentes. 77
GUÉPRATTE.—Médecine à bord des navires du commerce. 21

Guépratte.—Des plaies des os. 27
Guide du médecin-praticien. 201
Gymnastique populaire. 252

H.

Haeuster.—Savon d'iodure de potassium. 214
Hahn. — Variole développée huit jours après la vaccination. 67
Halbout.—Effets thérapeutiques du monésia. 20
Hall (Radclyffe).—Du chlorure de chaux. 212
Hancock. — Déplacement du biceps brachial. 37
Hastings.—Perforation artificielle des parois thoraciques dans la phthisie. 163
Hémicrânie intermittente.—Sulfate de quinine. 157
Hémiplégique (Intermittente pernicieuse). Id. 210
Hémoptysie (Consultation sur un cas d'). 72
Hémorrhagies utérines.—Carbonate de fer. 145
Hémorrhoïdal (Flux) guéri par l'ergot de seigle. 161
Henry (O). — Arsenic dans les eaux thermales. 120
—Rapports académiques. 165
Hépatite à l'hôpital des enfants de Moscou. 209
Hernie crurale étranglée.—Cinq cas. 6
—*ombilicale des enfants.*—Bandage de sparadrap. 159
—des ovaires. 28
Heyne. — Du sublimé dans la pneumonie typhoïde et la gangrène nosocomiale. 160
Hôpitaux de Paris. Réélection des médecins et des chirurgiens. 256
Huguier.—Anomalie des organes génitaux. 215
Hullin.— Guérison d'une éclampsie puerpérale. 82
Hydarthrose scapulo-humérale.—Injection iodée. 216
Hydrocéphale aiguë.—Iodure de potassium. 32
Hydrothérapie (De l'). 154
Hypochondrie (Traité pratique sur l'). 88

I.

Iléus. — Portion d'intestin rendue par les selles. 31
Ilicine.—Ses propriétés fébrifuges. 95
Inoculation du typhus épizootique. 122
Iode dans diverses maladies. 35
—De son emploi pour faire disparaître les paillettes de fer fixées dans la cornée. 214
—(*Teinture d'*) *en injection.*—Résorption. 137
— — dans un cas d'hydarthrose scapulo-humérale. 216
Iodure de potassium dans l'hydrocéphale aiguë. 32
—dans la pneumonie. 95
—(Savon d'). 214
Iodure de fer (Proto-).— Nouveau mode de préparation. 32
Ipécacuanha en pommade comme révulsif. 118

J.

Jacquez.—Mémoire sur la fièvre typhoïde. 83
Jobert (de Lamballe). — Guérison d'une fistule vésico-vaginale. 87
—Rapport sur les sutures intestinales. 166
Jolly.—Rapport sur la pellagre. 40

K.

Kaula.—Clinique du professeur Lallemand. 44
Kemmerer.—Des caustiques de Vienne et de Filhos. 195
Kératoplastie. 169
Kronenberg.—Maladies de l'appareil digestif chez les enfants. 208

L.

Lafore.—Du cyanure de potassium. 28
Lait des carnivores.—De sa constitution. 217
Landouzy. — Production piliforme de la langue. 253
Langue (Production piliforme de la). 253
Larynx (Corps étranger dans le). 37
Latour (Amédée).—Diapason appliqué à la thérapeutique. 42
Laugier.—Nouveau signe des fractures du crâne. 203
Lavieille.—Étiologie de la fièvre intermittente. 214
Lechaptois.—Entéro-hystérocèle. 253
Ledru. — Trombus vulvo-périnéal. 242
Leroy (d'Étioles).—Des rétrécissements de l'urèthre. 201
Leucorrhée.—Alcoolé tannique de Gibert. 74
—Cautérisation multiple. 110
Lientérie à l'hôpital des enfants de Moscou. 209
Limonade sulfurique. 114
Lisfranc.—Précis de médecine opératoire. 154
— Péritonites; mercure à doses élevées. 249
Lithotritie.—Considérations pratiques. 54, 97
—(Cas de). 83, 253
Lowet. — Sulfate de quinine dans l'épilepsie. 112
Lubanski.—De l'hydrothérapie. 154
Luxation des poignets. 216

M.

Maladies chirurgicales (Traité des). 88, 151
—(Sulfate de quinine dans quelques). 211
—*des articulations* (Traité des). 105
—*de l'enfance* (Traité des). 220
—*des enfants* à l'hôpital de Stockholm. 159
— — à celui de Moscou. 208
Malago.—Mercure trouvé dans un calcul. 161
Malherbe.—Traitement de l'hémorrhagie utérine. 145
Malléole externe.—Convulsions guéries par son ablation. 31
Manlucci.—De la ciguë contre le ténia. 117
Marchal (de Calvi). — Paralysie de la 3e paire cérébrale. 217
Marchand (Léon).—Sur la pellagre. 40
Marchant.—De l'affection farcino-morveuse chez l'homme. 30, 155, 251
Martin (H.). — *Vade-mecum* du médecin praticien. 176

MARTIN (de Nîmes). — Rapport sur divers sujets. 113
MARTINI.—OEsophagotomie. 115
Médecine à bord des navires du commerce. 21, 59
—*opératoire* (Précis de). 154
MEIGS.—Cyanose des nouveau-nés. 85
Mercure trouvé dans un calcul vésical. 161
—(*Frictions de*) dans la variole. 75
—(*Deuto-chlorure de*) dans la pneumonie typhoïde. 160
MESTENHAUSER.—Opération césarienne. 31
MIALHE.—Traité de l'art de formuler. 153
MICHÉA.—Traité pratique de l'hypochondrie. 88
Monésia.—Ses effets thérapeutiques. 20
MONNERET. — Compendium de médecine pratique. 201
MONTAIN.—Propriétés de l'oxalis crussicaulis. 207
MORDRET. — Souvenirs médico-philosophiques. 202
MOREAU-BOUTARD.—Précis de chirurgie élémentaire. 44, 202
—Excision de la muqueuse dans les sutures intestinales. 166
Morphine (*Hydrochlorate de*). — Nouveau mode d'emploi. 207
MORRIS. — Du gayac dans l'angine tonsillaire. 37
—Bronchocèle. 118
Morve chez l'homme (De la). 30, 155, 251
MOSCATI.—Fièvre pernicieuse larvée. 33
MOURE. — *Vade-mecum* du médecin praticien. 176
Moxa. Il guérit une sciatique opiniâtre. 78
Muguet à l'hôpital des enfants de Moscou. 209
Musée d'anatomie comparée à la Faculté de médecine de Paris. 219

N.

NAGEL.—Portion d'intestin rendue par les se les 31
Naphthe dans la goutte. 118
NEBOUX. —Hernie des ovaires. 28
—Résections des phalanges. 203
NELIGAN.—Ciguë dans les affections douloureuses. 164
Nerf (Réunion d'un) divisé. 79
NES (Van). —Baume du Pérou dans le diabète. 160
Névralgie fémoro-poplitée; guérison. 158
Névrite.—Observation. 206
Nitrate d'argent dans la coqueluche. 32
Noix vomique. 113
NOTT.—Extirpation du coccyx. 37

O.

OEdème de l'épiglotte. 160
OKE.—Réunion d'un nerf divisé. 79
—Valeur diagnostique des douleurs lombaires. 80
OLIVI.—Expulsion d'un placenta par l'ergot de seigle. 161
Ophthalmie purulente.—Chlorure de chaux. 212
Opiacés et vin dans la colique saturnine. 34, 162
Opiat arabique. 251
Os.—De leurs plaies. 27
Ovaires (Hernie des). 28
—Kyste pileux ovarique guéri par incision. 64
Oxalis crussicaulis.—Ses propriétés astringentes. 207

P.

Pannus guéri par l'inoculation d'une ophthalmie purulente. 35
Paralysie de la 3e paire cérébrale. 217
—de la 7e paire cérébrale. 160
—*multiple* guérie par l'électro-magnétisme. 79
PATRY.—Contagion de la fièvre typhoïde. 38
PAYAN.—Sur la lithotritie. 59, 97
Pellagre (Rapport sur la). 40
—(Observations de) à Paris. 180
Périodicité (Recherches sur la). 115
Péritonite à l'hôpital des enfans de Moscou. 208
—(Bruit de frottement abdominal dans la). 213
— Mercure à doses élevées. 249
Pertes séminales.—Ergot de seigle. 112
PETIT (J.-L.).—Sa biographie. 127, 170
PÉTREQUIN. — Anévrysmes; galvanopuncture. 254
PETTENKOFER. — Acide hippurique dans l'urine humaine. 115
Phellandrium aquaticum. 113
Phlébite traumatique. 89
Phthisie pulmonaire (Histoire de la). 22
—Alcool en fomentations. 114
—Perforation artificielle des cavernes. 163
Physiologie. Traités de Burdach et de Müller. 68
PIÉDAGNEL.—De l'emphysème pulmonaire. 167
Pilules arabiques. 250
Placenta expulsé par l'ergot de seigle. 161
Plaies du foie. 81
—des os. 27
PLUNG.—Formules anthelmintiques. 214
Pneumonie au 3e degré. — Iodure de potassium. 95
—*typhoïde*.—Sublimé corrosif. 160
Pneumothorax par exhalation gazeuse. 251
POMA. — Sulfate de quinine dans quelques maladies chirurgicales. 211
Pommade d'Autenrieth. 113
—contre le prurigo. 214
Pourpre (Note sur le). 124
Produits accidentels (des). 132
Propositions cliniques. 91
Prurigo (Pommade contre le). 214
PUPPI.—De l'achilléine. 116

Q.

Quinine brute.—De son emploi. 113
—(Arséniate de). 211
—(Sulfate de). 114
— —Guérison de fièvres larvées. 157
— —Dans la chorée. 112

Quinine (*sulfate de*) contre l'épilepsie. 112
— —Guérit un gonflement testiculaire avec douleurs périodiques. 211

R.

Rate (Engorgement de la). 250
Reiniger.—De l'iode pour faire disparaître des paillettes de fer fixées dans la cornée. 214
Règne épidémique de 1842, 43, 44 et 45. 216
Résection du maxillaire inférieur. 177
—des phalanges. 203
Résorption purulente (Autopsie d'un cas de). 90
Rétinite causée par l'emploi du microscope. 211
Rétrécissements de l'urèthre (Traité des). 201
Reynaud-Lacroze.—Guérison d'un tétanos. 195
Rhumatisme. — Émissions sanguines répétées coup sur coup. 48
Rizzoli.—Goître anévrysmal. 162
Robert (A.).—Ergot de seigle dans la spermatorrhée. 112
— —Tétanos traumatique ; bains de vapeur. 249
Rodrigue (H.).—Hémicrânie intermittente. 157
—Des abcès du pharynx. 205
Rouanet.—Analyse des bruits du cœur. 176
Rougeole (Observations de). 49
Roussel (Th.).—De la pellagre. 180
Roux (de Marseille). — Hydarthroses scapulo-humérales. 216
—(de Saint-Pétersbourg). 81
Royer-Collard. — Discours de rentrée de la Faculté de médecine de Paris. 257
Ruthenium.—Nouveau métal. 76

S.

Saignée (Indication et formule de la). 109
—(Note sur la). 124
Sandras. — Traitement de l'empoisonnement saturnin. 166
Sarcôme cérébral très volumineux. 21
Savon d'iodure de potassium. 214
Scarificateur de M. Blatin. 253
Scarlatine. — Abcès, hémorrhagie mortelle. 158
Schroeder. — Fumigations de belladone dans l'hémoptysie. 76
Schweg.—Recherches sur la périodicité. 115
Sciatique opiniâtre guérie par les moxas. 78
Séance annuelle de la Faculté de médecine de Paris. 218
Sédillot.—Cancer du genou ; autoplastie. 218
Ségalas.—Cas de lithotritie. 83
Sembenini. — Moyen pour reconnaître les eaux potables. 33
Serres (de l'Institut).—Rapport sur le prix relatif à la vaccine. 15
Serres (de Montpellier). — Du traitement abortif de la blennorrhagie. 247
— Cataracte opérée après 60 ans de cécité. 248
Séton dans le traitement de l'entropion. 34
Seutin.—Hernie ombilicale des enfants. 159
Shearman.—Paralysies ; électro-magnétisme. 79
Sigmund.—Cure radicale des varices. 210
Smee.—Éruption syphilitique à la conjonctive. 120
Spermatorrhée.—Ergot de seigle. 112
Spinelli. — Épilepsie guérie par la trépanation. 118
Spittal.—Bruit de frottement abdominal. 213
Splénite et hypertrophie de la rate. 209
Storks.—Perforation artificielle du poumon. 163
Strychnine. 113
Sulfate de manganèse dans la goutte. 119
Symblépharon de la paupière inférieure. 179
Syme.—Fongus testiculaire ; traitement. 164
Syphilitique (Éruption) cuivrée sur la conjonctive. 120

T.

Talma.—Du plombage des dents. 201
Tamis-aquéduc de Blatin. 123
Tanchou.—Note sur la saignée. 124
Ténia (Formule contre le). 76
—Ciguë. 117
Tétanos spontané ; guérison. 194
—*chez le cheval* ; cyanure de potassium. 28
— *traumatique.* Bains de vapeur. 249
Thiercelin. — Des traversées et des croisières. 59
Tott.—Traitement des douleurs calculeuses. 31
Toxicologie (Traité de). 132
Trépanation ; guérit une épilepsie. 118
Triberti.—Traitement de la colique saturnine. 34, 162
— — de la chorée. 162
Tribes.—Du traitement arabique. 260
Tritschler.—Des vésicatoires au front. 116
Trombus vulvo-périnéal (Cas de). 242
Typhus épizootique (Inoculation du). 122

U.

Upshur.—Iodure de potassium. 95
Ure.—Recherches sur la goutte. 119
Urine (*Rétention d'*).—Ergot de seigle. 161
Utérus (*Ulcère du col*).—Alcoolé tannique. 74
Uva ursi.—De son action lithontriptique. 78

V.

Vaccine (Rapport sur le prix relatif à la). 15
— *et variole.* — Leur développement simultané. 232
Vade-mecum du médecin-praticien. 176
Valenzasca.—De l'iode. 35
Valleix.—Guide du médecin-praticien. 201
Varices (Cure radicale des). 210
Variole inoculée sur le singe. 39
—développée 8 jours après la vaccination. 67
—Efficacité des frictions mercurielles. 75
— *et vaccine.*— Leur dévoppement simultané. 232
Veine-porte.—Cas d'inflammation. 75
Velpeau.—Nouveau caustique. 112
Vésicatoire dans les maladies aiguës du cerveau. 116
Viande crue dans certaines diarrhées des enfants. 208
Vin dans la colique saturnine. 34
Voyage médical en Algérie. 131

W.

Weisse.—Diarrhée des enfants sevrés. 208

JOURNAL

DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES,

ACCOMPAGNÉ DE DEUX ATLAS,

CONTENANT CHACUN SIX PLANCHES D'ANATOMIE DE GRANDEUR NATURELLE

GRAVÉES SUR ACIER;

PUBLIÉ PAR LES DOCTEURS

J. LEBAUDY, H. GOURAUD, MARTIN-LAUZER.

TREIZIÈME ANNÉE.

DEUXIÈME SEMESTRE.

On souscrit

AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DE L'UNIVERSITÉ, 30,

A PARIS.

1846.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 1. — JANVIER 1846.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

CONGRÈS MÉDICAL.

I. Travaux du congrès.

Suite (1).

Dans le n° de décembre 1845, nous avons jeté un coup d'œil d'ensemble sur le Congrès médical. Nous avons ensuite donné l'esquisse des travaux de la section de médecine et les conclusions auxquelles elle est arrivée. Nous avons terminé par le discours de M. le ministre de l'instruction publique, discours qui s'adressait particulièrement aux médecins. Nous avons dû, faute d'espace, nous borner à mentionner l'hommage solennel rendu aux restes de Bichat. Nous en réservons les détails à l'article Variétés (2).

Il nous reste, pour compléter l'ensemble des travaux du Congrès, à donner les conclusions formulées par la section de pharmacie, ainsi que ceux émis par la section de médecine vétérinaire, et à ajouter quelques détails sur la séance du 15 novembre.

I. Vœux émis par la section de pharmacie.

Commission n° 1. — M. Félix BOUDET, rapporteur.

Enseignement; écoles.

1. — L'enseignement des sciences que les pharmaciens doivent étudier sera divisé en enseignement préparatoire et en enseignement spécial.

L'enseignement préparatoire se composera d'un cours élémentaire de chimie et de physique et d'un cours élémentaire de pharmacie et d'histoire naturelle; cet enseignement sera donné dans les écoles préparatoires et dans les écoles spéciales de pharmacie. Ces dernières recevront le titre de Facultés de pharmacie.

2. — Il sera créé une chaire de botanique dans chaque Faculté de pharmacie.

Le cours de pharmacie sera terminé par quelques leçons sur la posologie et l'action thérapeutique des médicaments.

Le cours de toxicologie comprendra un exposé des principales dispositions législatives qui se rapportent à l'exercice de la pharmacie et aux expertises judiciaires.

Le cours de l'école pratique sera obligatoire pour tous les élèves en pharmacie, et sera terminé par un examen spécial.

3. — L'enseignement donné dans les écoles préparatoires sera absolument identique avec l'enseignement préparatoire donné dans les Facultés; et il sera confié à des professeurs qui seront nécessairement pharmaciens.

4. — Les visites des pharmacies seront faites par des inspecteurs généraux accompagnés de deux ou d'un plus grand nombre de pharmaciens choisis dans le département où se fera l'inspection.

5. — Il sera annexé à chaque Faculté ou école préparatoire de pharmacie un ou plusieurs amphithéâtres où toutes les personnes qui se destinent à l'enseignement des sciences pharmaceutiques pourront ouvrir des cours, sous la garantie et avec l'autorisation du doyen de la Faculté de pharmacie.

Commission n° 2. — M. BUIGNET, rapporteur.

Élèves.

1. — Chaque élève en pharmacie sera tenu de présenter un diplôme de bachelier ès lettres avant de commencer ses études pharmaceutiques.

2. — L'obtention du diplôme de bachelier ès sciences sera obligatoire et devra précéder la deuxième épreuve des examens; cette nouvelle condition ne sera exigée qu'en 1850.

3. — La durée des études pharmaceutiques sera de six années, divisées en quatre années de stage officinal, et deux années de cours élémentaires et complémentaires.

4. — Les élèves qui suivront leurs cours seront tenus de répondre à un appel nominal au commencement de chaque leçon, et de signer une feuille de présence à la fin.

5. — Les épreuves qu'auront à subir les candidats seront au nombre de cinq, quatre examens et une thèse. Ils seront ainsi répartis : premier examen : histoire naturelle, botanique et matière médicale; deuxième examen : physique et chimie; troisième examen : pharmacie et toxicologie; quatrième examen, épreuves pratiques; cinquième, thèse inaugurale.

Le premier examen conférera le titre de bachelier en pharmacie; le troisième examen

(1) Voyez dans le dernier n° les travaux de la section de médecine et le discours de M. le ministre de l'instruction publique.

(2) Voyez plus bas à la fin de ce n°.

donnera le titre de licencié en pharmacie, mais sans autorisation d'exercer.

Enfin la thèse, qui ne pourra être soutenue qu'à vingt-cinq ans, conférera le titre de docteur en pharmacie et le droit d'exercer.

6. — Les jurys d'examen se composeront de quatre professeurs et d'un agrégé de la Faculté de pharmacie, auxquels s'adjoindront cinq pharmaciens exerçants et qui auront voix délibérative sur la valeur des examens, sans pouvoir toutefois prendre part aux interrogations.

Les professeurs de la Faculté de médecine n'interviendront plus dans les examens des écoles de pharmacie.

Commission n° 3. — M. Gaultier de Claubry, rapporteur.

Professorat; concours.

Les conclusions adoptées en séance générale des trois sections réunies ont été insérées dans le dernier n°, page 223, à l'exception de ce qui suit, concernant plus spécialement l'Ecole de pharmacie.

1. — Le jury, pour les écoles spéciales de pharmacie, sera composé ainsi qu'il suit :

Quatre membres, pris dans l'Académie de médecine, seront toujours choisis dans les sections de pharmacie, de physique et de chimie médicales, et devront être nécessairement pharmaciens. — Les quatre pharmaciens auront au moins cinq ans de diplôme, et seront choisis au scrutin secret parmi les pharmaciens de la ville par l'assemblée générale des pharmaciens.

2. — Dans les Facultés de médecine, les écoles de pharmacie et les écoles vétérinaires, tout concurrent devra avoir au moins cinq ans de diplôme.

3. — Pour les écoles préparatoires, la nomination des professeurs aura lieu par la voie du concours, et d'après les mêmes principes et le même mécanisme que pour les Facultés et les écoles spéciales. Ainsi, les nominations seront faites par des juges pris par moitié : 1° parmi les professeurs de l'école préparatoire; 2° parmi les membres des sociétés de médecine et de pharmacie reconnues et préexistant dans la ville, et parmi les praticiens de cette même ville ayant au moins cinq ans d'exercice.

Pour toutes les Facultés et écoles quelconques, le jury devra faire une part très large aux titres antérieurs.

Le jury devra toujours être en nombre impair au moment du jugement.

Commission n° 4. — M. Latour-de-Trie, rapporteur.

Deux ordres de pharmaciens; jurys médicaux.

1. — Il n'y aura plus, à l'avenir, dans tout le royaume qu'un seul ordre de pharmaciens.

2. — Les jurys médicaux créés par la loi du 24 germinal an XI seront supprimés.

3. — Il sera institué des pharmaciens cantonaux partout où leur présence sera jugée nécessaire pour assurer le service de la pharmacie.

Les pharmaciens cantonaux seront nommés par le conseil général du département, sur une liste de présentation dressée par la chambre des pharmaciens du département.

Il sera donné à chaque pharmacien cantonal une subvention suffisante pour le déterminer à s'établir dans la localité désignée, et lui assurer une existence digne de ses services; cette subvention sera votée tous les dix ans par le conseil général, qui pourra la réduire ou la supprimer dès qu'il sera constaté qu'elle n'est plus nécessaire.

4. En conséquence de ces dispositions, la préparation, le dépôt et la vente des médicaments seront interdits, sans aucune exception, à toute personne autre que les pharmaciens légalement reçus et ayant officine ouverte.

Commission n° 5. — M. Mialhe, rapporteur.

Codex; tarif légal; expertises judiciaires.

1. — Le Codex sera révisé dans le plus bref délai.

2. — La rédaction du nouveau Codex sera faite en français, et sera confiée à une commission permanente qui siégera à Paris et sera composée en nombre égal de professeurs des écoles de pharmacie, des écoles de médecine, de celles de médecine vétérinaire et de pharmaciens exerçants.

3. — Il sera nommé dans chaque département une sous-commission qui se mettra en rapport avec la commission permanente de Paris.

4. — Le Codex sera révisé et réimprimé tous les dix ans.

Il sera publié chaque année un appendice ou fascicule.

5. — Les formules relatives à la médecine vétérinaire seront insérées dans le nouveau Codex.

6. — La possession du Codex sera obligatoire pour tous les pharmaciens.

7. — Un tarif légal est utile, possible et nécessaire dans l'état actuel de la pharmacie en France.

8. — Les pharmaciens appelés à faire des expertises judiciaires devront être convenablement indemnisés et considérés à l'avenir comme experts, et non comme de simples témoins.

Commission n° 6. — M. Accault, rapporteur.

Responsabilité; substances vénéneuses.

1. — Toute responsabilité cessera pour le pharmacien qui aura été obligé de quitter sa pharmacie pour un service public, pour cause de maladie ou d'absence légitimement motivée, et qui se sera fait remplacer par un élève

ayant au moins deux années de stage en pharmacie, et ayant subi, devant la chambre des pharmaciens de son département, un examen à la suite duquel il recevra le titre de bachelier en pharmacie.

2. — Les pharmaciens ou leurs élèves ne seront, dans aucun cas, responsables des accidents qui pourraient provenir des erreurs commises par les médecins dans la rédaction de leurs formules.

3. — Les pharmaciens ayant officine ouverte auront seuls le droit de préparer, vendre et débiter les substances vénéneuses employées en pharmacie.

Commission n° 7. — M. LEPÈRE (Victor), rapporteur.

Exercice illégal; prête-nom; pharmaciens étrangers.

1. — Nul ne pourra avoir une officine de pharmacie ou prendre une patente à cet effet s'il n'est muni d'un diplôme de pharmacien et s'il n'est inscrit, à ce titre, sur les listes dressées par l'autorité compétente, le tout conformément aux dispositions de la loi. Nul ne pourra fabriquer, mettre en vente, ou vendre en gros ou en détail, ni avoir en dépôt aucune espèce de substance médicamenteuse, s'il n'est muni d'un diplôme; sauf les exceptions admises par la loi. Toute infraction aux dispositions ci-dessus sera considérée comme exercice illégal de la pharmacie.

2. — L'exercice de la pharmacie à l'aide d'un prête-nom est formellement interdit, et sera puni des mêmes peines que l'exercice illégal de la pharmacie.

3. — L'association en nom collectif d'un pharmacien avec une ou plusieurs personnes, non pourvues d'un diplôme de pharmacien, sera considérée et punie comme exercice illégal de la pharmacie, et chacun des associés sera passible de toute la peine prononcée.

En cas de récidive, la fermeture de l'établissement sera toujours ordonnée.

Toutefois, au décès d'un pharmacien, sa veuve ou ses enfants pourront faire gérer l'officine du défunt, pendant trois années, par un élève reçu bachelier en pharmacie, et sous la surveillance d'un pharmacien légalement reçu et désigné par la chambre des pharmaciens du département.

4. — Les étrangers ne pourront exercer la pharmacie en France qu'après avoir rempli toutes les conditions exigées des nationaux.

Commission n° 8. — M. BELIN de Versailles, rapporteur.

Herboristes; pharmaciens spéciaux.

1. — A l'avenir il ne sera plus délivré de certificats d'herboristes.

Les herboristeries actuellement existantes seront successivement supprimées par voie d'extinction, c'est-à-dire à la mort des titulaires.

Les herboristes exerçant aujourd'hui devront se borner à la vente des plantes *indigènes* non vénéneuses, entières, vertes ou sèches, et n'ayant subi aucune préparation.

Ils ne pourront cumuler d'autre profession que celle de grainetier.

Les cultivateurs ou collecteurs de plantes pourront seuls continuer de faire le commerce en gros de toutes les espèces employées en médecine.

2. — L'exercice de la médecine vétérinaire étant incompatible avec celui de la pharmacie, les vétérinaires ne pourront préparer ni vendre des médicaments simples ou composés.

3. — Les pharmaciens devront tenir dans leurs officines tous les médicaments qui seront notés au Codex, comme étant d'un usage général.

4. — Le pharmacien ne pourra prendre pour lui d'autre qualification que celle de pharmacien, ni donner à son établissement d'autre titre que celui de pharmacie.

Commission n° 9. — M. MAGONTY, rapporteur.

Limitation du nombre des pharmaciens. — De la liberté dans l'exercice de la pharmacie.

1. — Le Congrès médical émet le vœu que le principe de la limitation du nombre des pharmaciens soit admis dans la loi nouvelle.

Le choix des moyens pour arriver à cette limitation est laissé au gouvernement avec le concours des chambres de pharmaciens.

2. — Les pharmaciens devront être libres de préparer et de vendre toute espèce de médicaments, sous leur responsabilité, en se conformant aux prescriptions de la loi, et sous réserve de la prohibition de l'annonce.

Commission n° 10. — M. Alphonse GARNIER, rapporteur.

Conclusions adoptées par les trois sections de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire réunies.

1. — Toute annonce par la voie des journaux, affiches, prospectus, brochures ou autrement, ayant pour but d'indiquer au public :

L'arrivée d'un médecin dans une localité,
L'adresse d'un médecin,
Un traitement médical particulier,
Le débit ou la vente d'une préparation médicamenteuse quelconque, est interdite. (Peine grave.)

Seront considérées comme remèdes ou médicaments toutes substances simples, toutes préparations ou compositions quelconques qui seront annoncées, débitées, vendues ou distribuées comme jouissant de propriétés médicinales.

2. — *Vente des médicaments.* — Les épiciers, droguistes, herboristes et toutes personnes autres que les pharmaciens, ne pourront fabriquer, vendre, exposer en vente, ni distribuer, même gratuitement, aucune préparation ou composition pharmaceutique.

Les droguistes pourront continuer de faire en gros le commerce des drogues simples, sans pouvoir néanmoins en débiter aucune au poids médicinal.

Il n'est fait d'exception aux articles précédents que pour les plantes médicinales indigènes non vénéneuses, dont la vente pourra être permise aux herboristes, et pour un certain nombre de substances ou compositions qui, bien que comprises dans le Codex, et d'après l'état nominatif qui en sera dressé, pourront être vendues par tous autres que les pharmaciens.

A l'avenir, il ne sera délivré aucun certificat d'herboriste.

3. — *Établissements de charité et communautés religieuses.* — Les hôpitaux, établissements administratifs, maisons de charité et autres établissements ne pourront avoir de pharmacie intérieure pour leur besoin qu'à la condition de confier la préparation des médicaments à un pharmacien, et sans pouvoir jamais vendre, débiter ni distribuer au dehors, même gratuitement, aucun médicament.

Dans lesdits établissements non pourvus de pharmacie, la préparation et la fourniture des médicaments sera faite par les pharmaciens de la localité.

4. — *Remèdes secrets.* Les dispositions du décret du 18 août 1810, relatives aux remèdes secrets, seront introduites dans la loi nouvelle, et recevront, à l'avenir, leur pleine et entière exécution.

5. — Aucun pharmacien ne pourra tenir plus d'une officine ouverte.

Les pharmaciens ne pourront faire dans les mêmes lieux ou officines aucun autre commerce ou débit que celui des drogues et médicaments.

6. — L'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie est formellement interdit.

7. — Les officiers de santé établis dans les bourgs, communes et villages distants de huit kilomètres de toute officine ouverte, pourront fournir des médicaments aux malades près desquels ils seront appelés, quand le domicile de ces malades se trouvera en dehors de cette circonscription.

Ce droit cessera lors de l'établissement et de la constatation d'une pharmacie dans cette circonscription.

8. — Toute association publique ou privée entre un médecin et un pharmacien est interdite.

Tous faits de collusion ou de compérage, soit entre les médecins et pharmaciens, soit entre les précédents et des personnes étrangères à l'art de guérir, sont également sévèrement prohibés. (Peine grave.)

Commission n° 11. — M. Gobley, rapporteur.

Dispositions diverses.

1. — Les religieuses qui font le service de la pharmacie dans les hôpitaux seront remplacées par des pharmaciens en chef et des élèves en pharmacie.

Dans le cas où le service d'un hôpital ne sera pas assez considérable pour exiger la présence d'un pharmacien, la préparation, la fourniture et la distribution des médicaments, et la direction du service pharmaceutique de l'hôpital, seront confiées exclusivement aux pharmaciens de la localité.

2. — Les candidats qui se présenteront au concours pour une place de pharmacien en chef seront tenus de fournir le diplôme de pharmacien.

Les candidats qui se présenteront au concours pour les places d'élèves internes en pharmacie dans les hôpitaux seront tenus de fournir le diplôme de bachelier en pharmacie.

3. — La préparation, la fourniture et la distribution des médicaments nécessaires aux indigents traités par les bureaux de charité, les dispensaires, les institutions de bienfaisance et de secours mutuel, seront réservées exclusivement aux pharmaciens. Le prix des médicaments sera établi d'après un tarif.

4. — La fabrication des eaux minérales artificielles, le débit en gros et en détail des eaux naturelles et artificielles, l'eau gazeuse simple exceptée, seront réservés exclusivement aux pharmaciens.

5. — La vente en détail des sansgsues sera obligatoire aux pharmaciens, et leur sera exclusivement réservée.

6. — Une liste des substances simples et des préparations dont la vente devra être exclusivement réservée aux pharmaciens sera dressée tous les ans par la commission chargée de réviser le tarif légal.

7. — Les pharmaciens ne seront pas responsables des accidents qui pourraient résulter de l'emploi ou du détournement des substances vénéneuses par leurs élèves ou par leurs employés.

8. — Aucun pharmacien ne pourra vendre des médicaments sous l'étiquette d'un autre pharmacien, ni ailleurs que dans son officine.

9. — Les pharmaciens reçus par les jurys médicaux pourront s'établir dans toute l'étendue du royaume, après avoir subi une épreuve spéciale dans une Faculté de pharmacie, et satisfait aux frais d'examen et de diplôme.

10. — Les pharmaciens actuellement reçus dans les écoles spéciales pourront prendre le titre de docteurs en pharmacie, dans le cas où les écoles de pharmacie, étant érigées en Facultés, auraient le droit de conférer ce titre aux récipiendaires.

11. — Le terme de la prescription pour les sommes dues aux pharmaciens sera porté à cinq ans.

Commission n° 12. — M. Aubergier, rapporteur.

Associations; chambres de pharmaciens.

Le Congrès émet le vœu que :

1. — Des associations scientifiques et de prévoyance soient formées dans les départements ;

Qu'une commission soit nommée, avec mis-

sion de réunir toutes les associations des départements en une seule et même association scientifique et de prévoyance dont le point central serait à Paris ;

2. — Que des chambres de pharmaciens soient formées dans tous les arrondissements où existent au moins dix pharmaciens ;

Que les membres de ces chambres soient nommés par tous leurs collègues indistinctement, et renouvelés par tiers chaque année ;

3. — Qu'il y ait appel des jugements des chambres d'arrondissement devant une chambre syndicale siégeant au chef-lieu du département, et composée de délégués de chaque arrondissement, en nombre égal.

II. Vœux émis par la section de médecine vétérinaire.

Enseignement. — Que les écoles de médecine vétérinaire contiennent une ferme modèle, un haras, des troupeaux de moutons et des types, des espèces bovine et ovine, et qu'ainsi organisées elles reprennent la qualification d'*Écoles d'économie rurale*;

Que les élèves y suivent des cours théoriques et pratiques d'agriculture, d'économie rurale, des cours d'hygiène, d'éducation et d'élevage des animaux domestiques, enfin des cours d'équitation et de dessin;

Que la durée des études soit de cinq ans au lieu de quatre;

Que les animaux des espèces bovine et ovine soient reçus gratis dans les hôpitaux des écoles;

Que la clinique soit faite par deux professeurs;

Qu'il soit mis à la disposition des élèves militaires tous les éléments d'instruction spéciale que peut fournir le voisinage des régiments de cavalerie;

Que le titre 2 du décret de 1813 soit abrogé;

Que tous les professeurs soient nommés au concours;

Que nul ne puisse arriver au professorat s'il ne justifie de quelques titres scientifiques et de quatre années de pratique ;

Qu'un professeur suppléant soit attaché à chaque chaire pour les démonstrations pratiques;

Que les chefs de service soient supprimés et remplacés par des élèves répétiteurs ;

Que la durée du professorat soit temporaire et cesse à soixante-cinq ans.

Jurys.—Que les jurys pour la nomination des professeurs soient composés de huit membres sous la présidence de l'inspecteur général des écoles vétérinaires, ou, à son défaut, du directeur de l'école où le concours aura lieu;

Que quatre de ces membres au choix du ministère soient pris parmi les professeurs de l'école vétérinaire et les professeurs de la Faculté ou école de médecine de la ville où le concours aura lieu ;

Que les quatre autres membres soient désignés par le sort, pour le département de la Seine sur une liste de quinze vétérinaires non professeurs, mais ayant au moins cinq années d'exercice, et pour les autres départements sur une liste de dix;

Qu'enfin cette liste soit établie par les préfets qui y feront entrer toutes les notabilités vétérinaires du département et des corps en garnison dans la localité;

Que les jurys d'examen pour le diplôme de médecin vétérinaire soient composés comme les jurys pour les concours des professeurs.

Élèves.—Aptitude.—Que le titre de bachelier ès lettres soit exigé de tous les élèves en 1848;

Que la pratique de la maréchallerie cesse d'être non-seulement une condition d'admission dans les écoles, mais encore une épreuve imposée aux candidats au professorat.

Exercice.—Qu'une loi vienne bientôt protéger l'exercice de la médecine des animaux et que, dans cette loi, il soit bien stipulé que nul ne pourra désormais prendre ostensiblement le titre de médecin vétérinaire et exercer la médecine et la chirurgie des animaux ou toutes les spécialités qui s'y rattachent s'il n'est porteur d'un diplôme obtenu dans une des écoles;

Que la qualification d'expert que prennent les maréchaux soit rigoureusement défendue;

Que dans chaque chef-lieu de département, d'arrondissement et de canton il soit nommé un vétérinaire rétribué annuellement, qui aura pour mission d'éclairer les autorités sur les mesures à prendre dans les cas d'épizootie.

Vétérinaires étrangers.—Que tout vétérinaire étranger soit obligé de subir un examen devant le jury institué, à cet effet, avant de pouvoir exercer en France;

Que l'inspection des foires et marchés à bestiaux soit exclusivement confiée à des vétérinaires;

Que l'exercice illégal de la médecine des animaux soit passible de peines sévères et reste justiciable des tribunaux de police correctionnelle:

Que dans aucune circonstance les médecins vétérinaires ne soient responsables des suites de leur traitement et que, dans tous les cas, cette responsabilité ne puisse être appréciée que par des hommes compétents.

Vétérinaires militaires.—1° Que les vétérinaires de l'armée soient assimilés aux chirurgiens militaires, à savoir: le vétérinaire en premier au chirurgien-major, l'aide vétérinaire au sous-aide-major;

2° Que désormais ils soient autorisés à envoyer directement leurs rapports aux chefs des corps sans les soumettre à l'approbation ou à l'improbation des capitaines instructeurs;

3° Que les vétérinaires attachés aux corps spéciaux (artillerie, génie) soient choisis parmi les plus capables qui auraient au moins cinq années de service pour les vétérinaires en premier, et trois années pour les vétérinaires en second,

et qu'ils touchent un supplément de solde annuel qui s'élèverait au moins à 500 fr. pour les premiers et à 200 fr. pour les seconds;

4° Et enfin, que la retraite de tous les vétérinaires de l'armée soit fixée à la moitié de la solde d'activité.

Haras. — Que la direction des haras soit confiée exclusivement à des vétérinaires.

Académie de médecine. — Que la médecine des animaux soit représentée à l'Académie de médecine par douze membres titulaires et par des membres correspondants, et que le gouvernement veuille bien mettre cette savante Assemblée en mesure d'instituer des prix sur les questions les plus importantes de la médecine vétérinaire.

Académie des sciences. — Qu'il soit créé à l'Institut une section de médecine vétérinaire et que cette science, si influente dans ce qui intéresse l'avenir de l'agriculture, y soit habituellement représentée dans la section d'économie rurale et de médecine vétérinaire.

Vétérinaires voyageurs. — Que des vétérinaires intelligents soient de temps en temps envoyés dans des contrées étrangères, soit pour y étudier l'état de la science, soit pour comparer les différents modes d'hygiène et d'éducation appliqués aux animaux domestiques.

Vente de médicaments.—Que les prétentions des pharmaciens à l'égard de la préparation et de la vente des médicaments vétérinaires soient repoussés.

Questions additionnelles.

Conseil vétérinaire supérieur. — Qu'il soit créé près du gouvernement un conseil supérieur composé de cinq médecins vétérinaires choisis parmi les praticiens les plus distingués.

Conseil de salubrité. — Qu'un vétérinaire par département fasse partie des conseils de salubrité établis près des autorités administratives;

Que les emplois de régisseurs, d'économes, de surveillants dans les écoles soient de préférence accordés à d'anciens vétérinaires.

Association.—Enfin, que le gouvernement veuille bien prêter son concours aux associations vétérinaires et permettre la formation d'une société centrale qui liera toutes ces associations entre elles.

Séance du 15 novembre.

Le Congrès a entendu la lecture du rapport de M. le docteur Richelot sur l'emploi des fonds et sur l'état de la caisse. Il résulte de ce rapport que, toutes dépenses soldées, il restera à la disposition de la commission chargée de poursuivre les vœux du Congrès une somme suffisante pour subvenir aux frais que l'accomplissement de son œuvre pourra exiger, et pour faire imprimer à 7,000 exemplaires un volume qui devra contenir tous les travaux du Congrès médical. M. le trésorier a cru devoir, toutefois, informer l'assemblée que chacun des adhérents aura à faire réclamer l'exemplaire qui lui revient de droit, les frais d'envoi dans les départements étant trop considérables pour que la commission puisse s'en charger.

Le scrutin ouvert pour la nomination d'une nouvelle commission permanente a donné le résultat suivant :

Médecins.—MM. Serres, Richelot, A. Latour, Malgaigne, Villeneuve, Bouillaud, Miquel, Blatin.

Pharmaciens.—MM. Boudet (Félix), Vée, Soubeyran, Garnier (Alphonse).

Vétérinaires. — MM. Hamont, Leblanc, Collignon.

On voit par-là que le Congrès, en se séparant, n'a pas entendu donner sa démission, puisqu'il a en quelque sorte transmis ses pouvoirs à une commission chargée de continuer son œuvre. Mais M. le ministre de l'instruction publique qui avait montré tant de courtoisie au Congrès n'a pas eu une aussi grande déférence pour ses dernières volontés. Il a désigné, sous le titre de haute commission des études médicales, une liste composée de 32 membres (1), pris la plupart parmi les notabilités médicales et chargés de préparer le projet de loi de réorganisation de la médecine.

—La commission permanente du Congrès a été reçue en audience particulière par les ministres de la justice, de l'agriculture et du commerce, de l'intérieur, de la guerre et de l'instruction publique.

Cette commission a institué ainsi qu'il suit la COMMISSION BICHAT, chargée de recueillir les souscriptions, d'élever un monument et de faire frapper une médaille : 1° les membres de la commission permanente; 2° MM. Roux, Pariset, Cornac, Caventou, Caffe, Devilliers, Larrey, Battaille, Moizin, Robinet, Thierry; 3° MM. Gilette et Amédée Forget, membres de la Société médicale d'émulation. Elle a nommé pour président M. le professeur Roux; pour vice-président M. Moizin, membre du conseil supérieur de santé des armées; pour secrétaire M. Amédée Forget.

—*Errata.* Dans le dernier n°, page 225, ligne 8, nous avons commis une erreur de nom. Au lieu de *M.* VOSSEUR, lisez *M.* VASSEUR.

REVUE CLINIQUE.

II. Clinique médicale.

Épilepsie avec accès quotidiens, guérie par le nitrate d'argent.

OBS. — Le numéro 11 de la salle Saint-Vincent, service de M. Rayer, a été occupé pendant une grande partie de l'année 1845 par une jeune femme de vingt ans, maigre et de constitution faible, épileptique depuis l'âge de quinze ans. Les accès re-

(1) Nous avons donné cette liste dans notre dernier numéro, article NOUVELLES.

venaient tous les jours; quelquefois même elle en avait deux ou trois dans une seule journée. Elle avait subi divers traitements dans plusieurs hôpitaux de Paris sans le moindre succès. Elle est entrée au commencement du mois de mai dernier, se trouvant à cette époque enceinte de sept mois. Après avoir fait constater chez elle la réalité d'une épilepsie quotidienne, M. Rayer lui a fait prendre à l'intérieur du nitrate d'argent, d'abord à la dose de 3 centigrammes, puis à celle de 5 centigrammes par jour (un demi-grain à un grain). Le nitrate d'argent était pulvérisé, puis réduit en une pilule à l'aide d'un peu de gomme. Après quelques jours de l'emploi de cet agent, les accès ont déjà perdu de leur force et de leur fréquence. Au bout d'un mois de traitement, les accès ont complètement disparu. Vers l'approche du terme de la grossesse, on a éloigné d'abord les prises du médicament, puis on les a cessées tout-à-fait pour y revenir de temps en temps. L'accouchement s'est terminé heureusement, et il est venu un enfant vivant, mais qui est mort au bout de quinze jours. Les accès d'épilepsie se sont reproduits à de rares intervalles après les couches; mais le retour au nitrate d'argent a paru en avoir raison, et l'on n'en a plus revu jusqu'au 8 octobre, jour de la sortie de la malade, pendant les quatre ou cinq mois que son séjour s'est encore prolongé. Il y a donc quatre mois pleins que la guérison peut passer pour complète. Cette femme a pris en tout une cinquantaine de pilules de nitrate d'argent. Ce médicament n'a point produit chez elle la coloration qu'on lui a plusieurs fois reproché d'occasionner chez les divers individus qui en ont fait un usage prolongé.

Ce n'est pas la première fois que nous avons l'occasion de signaler des cas de guérison de l'épilepsie par le nitrate d'argent. Malheureusement l'épilepsie est peut-être, avec le tétanos, la maladie sur laquelle il se publie le plus de faits de guérison et par les moyens les plus divers. Mais ce ne sont là que des cas rares et curieux d'après lesquels il serait impossible de formuler un traitement même empirique.

Comme il s'agit ici d'un fait d'observation clinique, nous devons ajouter que c'est après de nombreuses expériences comparatives que M. Rayer s'est arrêté définitivement à l'emploi du nitrate d'argent contre l'épilepsie. Il avoue toutefois que, hormis le cas précédent, si tant est qu'on puisse le considérer comme un cas de guérison complète, il n'était arrivé jusque-là qu'à améliorer très notablement l'état des malades, mais sans pouvoir chasser entièrement la maladie de l'économie. Les accès étaient éloignés et leur durée devenait très courte; quelquefois même l'accès se limitait dans une partie du corps. Ainsi il a vu, chez un magistrat, l'accès épileptique se réduire, sous l'influence du sel d'argent, à ne plus déterminer qu'un simple ébranlement convulsif de la tête et d'un bras, durant quelques minutes, sans que le malade perdît connaissance.

Eczéma chronique de la mamelle.—Psoriasis.

— Cette affection est regardée par les dermatologues comme une des variétés les plus graves des maladies eczémateuses. Cependant M. Rayer, qui s'est spécialement occupé des maladies de la peau, sur lesquelles il a publié un grand ouvrage avec planches, qui n'est malheureusement pas à la portée de tout le monde, M. Rayer, disons-nous, réussit toujours à guérir très promptement l'eczéma chronique de la mamelle, comme tous les autres d'ailleurs, au moyen de l'onguent citrin L'onguent citrin ou pommade citrine est composé, comme l'on sait, de 32 parties de mercure et de 32 parties d'acide nitrique pour 250 de graisse de porc et autant d'huile d'olives. M. Rayer trouve cette formule du Codex trop énergique, et il a l'habitude de l'étendre dans trois parties d'axonge. Il prescrit également la même pommade dans toutes les éruptions lichénoïdes. La malade qui a été l'occasion de ces réflexions a guéri avec une rapidité telle que nous croyons devoir la signaler à l'attention des praticiens. C'était une femme de 30 ans environ, habituellement bien portante, accouchée depuis huit mois. Quoiqu'elle n'eût pas nourri son enfant, elle vit il y a trois mois une éruption vésiculeuse se développer sans cause appréciable à la mamelle gauche, sur le mamelon et dans toute l'étendue de l'aréole mammaire; les vésicules se convertirent en croûtes humides. Lors de son arrivée, le mamelon était recouvert de petites plaques légèrement enflammées dans leur pourtour. Deux jours de pansement de cette *dartre squameuse humide* suffirent pour en amener la dessiccation et la guérison.

— Au n° 42, était une jeune femme atteinte depuis quatre mois d'un psoriasis, siégeant aux alentours des articulations des coudes et des genoux. M. Rayer lui a prescrit des frictions avec la pommade de goudron à la dose de 60 grammes par jour. Cette pommade renfermait 1 partie de goudron pour 5 d'axonge. La malade a guéri, quoique avec lenteur.

Fièvre typhoïde et angine couenneuse chez le même sujet.

On a bien rarement sans doute l'occasion de remarquer cette coïncidence, sur le même malade, de deux affections dont les phénomènes sont si différents, sous le point de vue hématologique, l'une se caractérisant par la diffluence du sang et son défaut de plasticité, l'autre, au contraire, par une exagération de cette même plasticité.

Une jeune fille de dix-sept ans, de tempérament lymphatique, habituellement bien portante, est entrée le 15 septembre 1845 à l'hôpital de la Charité, salle sainte-Anne, dans le service de M. le professeur Fouquier, alors suppléé par M. le docteur Béhier. La maladie datait de onze jours. Il y avait eu, au début, fièvre intense avec céphalalgie; peu

après il était survenu une angine qui n'avait pas tardé à prendre le caractère couenneux. Les symptômes typhoïdes, lors de son arrivée, consistaient dans une prostration très grande, de la surdité, des étourdissements. Il n'y avait point de diarrhée ni de délire. Il y avait du météorisme et des taches rosées sur l'abdomen. D'un autre côté, la malade avait une angine et une stomatite couenneuses et un peu d'engouement pulmonaire. Il n'y avait point eu d'épistaxis, ce qui se conçoit fort bien par la tendance plastique du sang. On a attaqué l'angine membraneuse par un traitement topique et général énergique, par le tartre stibié, les doses multipliées de calomel, le tartre stibié ; malgré cela, la respiration s'est embarrassée de plus en plus, la face est devenue cyanosée et la malade a péri au milieu des symptômes de l'asphyxie, quatre jours après son entrée à l'hôpital, le quatorzième de la maladie.

A l'autopsie, on a trouvé des fausses membranes épaisses à l'isthme du gosier; l'ouverture supérieure de la glotte était considérablement rétrécie. Toutes les divisions des bronches étaient remplies jusqu'aux vésicules d'un mucus visqueux. Les poumons étaient congestionnés et il y avait même un peu d'engorgement pneumonique à la base du poumon gauche. Quant à la fièvre typhoïde, elle avait fait acte de présence par la production d'une demi-douzaine d'ulcérations bien caractéristiques ; il y avait aussi ramollissement de quelques ganglions mésentériques.

— M. Rayer prescrit depuis quelque temps le *nitrate de bismuth associé au charbon* contre les diarrhées qui compliquent les divers états de consomption, particulièrement celle des tuberculeux. Il l'administre aussi aux individus atteints de fièvre typhoïde, lorsque la diarrhée se montre rebelle. Le nitrate de bismuth et la poudre de charbon sont mélangés à quantité égale et le tout est prescrit aux malades à la dose de 20, 30 et 40 centigrammes par jour, divisé en plusieurs paquets. Cette médication, qui n'est, du reste, pas nouvelle, réussit assez bien.

— Un cas de *torticolis rhumatismal* chez un enfant de dix ans environ s'est présenté dernièrement dans le service de ce médecin. Une seule application de ventouses mouchetées sur le côté retracté en a fait justice du jour au lendemain.

III. Clinique chirurgicale.

Hydarthrose du genou ; injection iodée ; amélioration ; fièvre typhoïde intercurrente suivie de mort ; examen de l'articulation.

Dans notre revue clinique du mois d'octobre dernier, nous avons parlé, en quelque sorte occasionnellement, d'un cas d'injection iodée dans le genou. Nous n'envisagions alors la question que sous le rapport toxicologique. Nous revenons aujourd'hui sur ce cas pour l'apprécier sous le point de vue chirurgical. Cette question est à l'ordre du jour, et elle est même actuellement pendante devant l'Académie de médecine. Le fait dont il s'agit ici peut y apporter quelque éclaircissement ; car il paraît être le premier dans lequel on ait eu occasion d'examiner l'état d'une articulation trois mois après l'injection iodée. Ce fait nous a paru d'ailleurs instructif sous divers points de vue.

Obs. — Le sujet était un jeune homme de seize à dix-sept ans, faiblement constitué, de haute taille, entré à l'hôpital pour être traité de deux maladies au membre abdominal du côté gauche. Il avait au pied une nécrose circonscrite des os du métatarse et au genou une hydarthrose peu volumineuse et indolore. D'après son rapport, ces deux maladies dataient de cinq ans ; le mal du pied se serait déclaré à la suite d'un coup occasionné sur cette partie par la chute d'une pièce de bois ; le mal de genou serait venu spontanément peu de temps après. La tumeur du genou offrait une fluctuation manifeste. Elle avait été inutilement traitée en province par l'application de divers topiques, que le malade n'a pu faire connaître.

M. Velpeau, trouvant le cas beaucoup trop ancien pour être traité par les vésicatoires volants, et ayant par devers lui une quinzaine d'essais avantageux de l'injection iodée en pareille circonstance, a encore eu recours à la même méthode dans celle-ci. L'injection iodée a été pratiquée, le 17 septembre 1845, en présence de M. Rayer. Voici comment M. Velpeau y procède :

Le liquide est préparé dans une seringue en ivoire. Il se compose d'une partie en volume de teinture iodée et de deux parties également en volume d'eau distillée. La quantité de teinture d'iode s'élève à 30 grammes. Le malade étant couché, un aide applique la paume d'une de ses mains sur la partie inférieure du genou, de manière à faire refluer fortement le liquide de bas en haut. Le chirurgien plonge un trois-quarts fin au côté externe et supérieur de l'articulation, là où la saillie et la fluctuation sont le plus manifestes.

Chez notre malade, on a retiré un verre environ d'un liquide jaune, diaphane, un peu filant, évidemment constitué par de la synovie. On a injecté dans son genou les deux tiers environ du mélange précité. Mais ce liquide n'a plus voulu sortir de l'articulation, lorsque la canule du trois-quarts a été débouchée; cette circonstance était probablement due à ce que l'injection avait coagulé quelques restes du liquide albumineux synovial et à ce que des flocons avaient bouché l'orifice interne de la canule ; on a voulu le déboucher avec un stylet, mais cet expédient n'a pas réussi Si l'on eût beaucoup tenu à en débarrasser l'articulation, on eût pu le pomper avec une seringue ; mais M. Velpeau a préféré le laisser en totalité dans l'articulation, cette condition n'of-

frant, selon lui, aucun danger, et ne faisant qu'ajouter aux chances de guérison.

C'est cette circonstance de l'abandon de 20 grammes environ de teinture d'iode dans une grande articulation comme celle du genou qui a motivé les réflexions que nous avons faites sur ce sujet dans notre numéro d'octobre dernier, quelques jours seulement après l'opération. On assurait avoir vu des accidents toxiques se manifester à la suite de l'injection iodée laissée en permanence dans un kyste du coude. Rien de tel ne s'est manifesté chez notre malade, qui n'a éprouvé que de vives douleurs locales pendant deux ou trois jours, et qu'on a facilement apaisées. Pour peu que l'on réfléchisse, d'ailleurs, on voit que l'absorption n'est guère à craindre et doit se réduire à bien peu de chose. La teinture du Codex est de 1 gramme d'iode pour 216 grammes d'alcool affaibli ; la proportion d'iode est donc de 12 centigrammes environ d'iode par 30 grammes de teinture, et l'on n'en a guère injecté que 20 chez notre malade. M. Mialhe, dans son Traité de l'art de formuler, fait observer que lorsqu'on mélange de la teinture d'iode avec de l'eau distillée, presque tout l'iode est précipité. Il faut noter enfin que la séreuse articulaire, dans les cas d'hydropisie chronique, n'est pas dans des conditions favorables à l'absorption. L'iode n'est donc guère résorbé qu'à une dose presque homœopathique. Mais revenons à notre malade, qui a d'autres considérations intéressantes à nous offrir.

La tumeur du genou s'était trouvée ramenée, par le fait de l'injection, au même point de gonflement environ où elle était avant la ponction. Les douleurs ont été vives d'abord ; on les a calmées à l'aide de cataplasmes et d'onctions mercurielles. Le genou, après s'être gonflé, a ensuite commencé à décroître et est revenu à l'état indolore. On a fait pratiquer de bonne heure des mouvements aux genoux, pour des raisons que nous allons dire plus tard. La résorption du liquide a marché lentement, et la guérison du genou n'a pu guère être considérée comme complète qu'au bout de deux mois et demi.

On gardait encore ce malade dans les salles pour achever de consolider sa guérison et en partie aussi à cause de sa nécrose de quelques os du pied, lorsque, il y a trois semaines environ, vers le 25 novembre, il fut pris d'un vomissement de sang intense. Cet accident réagit d'une manière très fâcheuse sur son moral. Aucune considération ne put le calmer, et il semblait qu'il eût comme le pressentiment de l'évènement fatal qui devait en faire un sujet de démonstration complète. M. Velpeau dit avoir remarqué que les malades atteints, dans les salles de chirurgie, de ces accidents imprévus avec affaissement moral, échappent rarement, et il a hâte de les renvoyer dans leurs familles lorsqu'ils le demandent. Il n'y avait pas lieu, sur ce point, d'obtempérer aux désirs de ce malade, car il était venu de loin à Paris pour se faire opérer. Son habitude extérieure, son facies, la nature scrofuleuse de ses affections chirurgicales, et enfin le vomissement de sang, semblaient annoncer l'explosion d'une phthisie, quoiqu'à l'auscultation il fût impossible d'en percevoir les signes. Mais des symptômes plus rapidement funestes se manifestèrent. Au bout de quatre ou cinq jours, le ventre se ballonna, le pouls devint très accéléré ; il survint du délire, en un mot, tous les symptômes d'une fièvre typhoïde à forme ataxique. On le fit passer dans le service de M. Cruveilhier, où il a succombé le 13 décembre.

Autopsie.—On a trouvé dans le poumon des foyers apoplectiques en grand nombre, avec engouement prononcé du tissu pulmonaire ; pas de tubercules. L'intestin était criblé de boutons ayant l'aspect d'une éruption variolique confluente.

Le genou de ce malade appartenait en quelque sorte au service de chirurgie ; il y est revenu. Cette pièce était précieuse, car on n'avait pas encore eu occasion d'examiner le genou d'individus opérés d'hydarthrose par l'injection iodée.

Aucun liquide n'a été trouvé dans cette articulation. Mais les surfaces séreuses avaient été modifiées. Tous les cartilages étaient érodés même au devant de la poulie fémorale. Là, toutefois, où les mouvements devaient s'effectuer, les surfaces étaient redevenues mobiles et s'étaient recouvertes d'un liquide onctueux, comme synovial. Dans les autres points où les mouvements ne s'étendaient pas, il y avait vascularisation des tissus et même production de fausses membranes. Pas de grumeaux ni de foyer purulent.

Il semble qu'il y ait contradiction à combattre par le même moyen deux hydropisies dans le traitement desquelles on veut obtenir des résultats diamétralement opposés, l'hydropisie de la tunique vaginale et celle de l'articulation du genou. Dans la première, on a pour but de provoquer l'oblitération d'une cavité ; dans la seconde, c'est précisément cela qu'il faut éviter. Or, dit M. Velpeau, c'est ce qui arriverait dans l'articulation du genou si l'on n'avait soin de faire mouvoir de bonne heure l'articulation, et on le peut sans inconvénient. Ainsi l'injection irritante produit, soit l'adhésion avec des surfaces, soit le rétablissement des mouvements ; ou, pour mieux parler, elle met l'articulation dans des conditions qui favorisent le retour de ceux-ci. On a pu même voir sur la pièce anatomique que la mobilité des surfaces et la sécrétion d'un liquide onctueux ne se sont rétablies que dans les points de l'articulation qui ont été soumis aux mouvements artificiels, et cela seulement dans les limites de ces mouvements. Il y a eu adhésion et formation de fausses membranes dans les autres points. Mais cette diminution dans l'étendue de la mobilité de l'articulation du genou n'aurait apporté aucune gêne au malade. On sait que la nature est prodigue sous le rapport de la mobilité de nos diverses articulations et qu'une perte bornée de cette faculté n'ap-

porte aucune entrave à l'exercice de nos fonctions.

M. Velpeau a déjà opéré ainsi douze à quinze individus affectés d'hydarthrose du genou. Il n'a observé d'ankylose chez aucun d'eux. Tous ont recouvré une suffisante liberté de mouvements.

Extirpation des phalanges unguéales ou des séquestres nécrosés de ces phalanges, pour remplacer l'amputation.

L'amputation de tout ou partie des doigts est, en chirurgie, une opération sérieuse ; elle cause au malade une mutilation pénible à voir; elle le prive du plein exercice d'un doigt, et, ce qui est pis encore, elle n'est pas sans danger ; on sait qu'il n'existe pas de moyen de prévenir ni de prévoir l'extension de l'inflammation de la capsule synoviale à la toile ligamenteuse qui emmaillotte la phalange, accident exceptionnel mais redoutable et qui fait que l'on peut mourir d'une amputation de la dernière phalange comme d'une amputation de jambe.

On a dernièrement substitué à l'amputation une opération beaucoup moins grave sous tous les rapports, dans des circonstances où celle-ci était réputée nécessaire, dans les cas de nécrose totale ou partielle de la phalange unguéale.

Nous venons d'être témoin de trois opérations de ce genre à la clinique chirurgicale de la Charité. Ces cas nous ont paru mériter l'attention à cause de la beauté des résultats.

Dans le premier de ces trois cas, il s'agissait d'une nécrose de la phalange unguéale du pouce. Les deux autres malades, opérés à la même séance, à peu de jours d'intervalle du premier, présentaient, l'un une nécrose complète de la troisième phalange de l'indicateur à la suite de panaris sous-périostique, l'autre une nécrose incomplète de la deuxième phalange d'un des orteils.

L'opération est bien simple et bien rapide dans ces circonstances : une simple incision met à nu la phalange ; on enlève l'os nécrosé, puis on panse après avoir introduit une mèche dans la plaie pour faire suppurer les parties molles plus ou moins altérées.

Il semblerait, au premier abord, que le malade ne tirera pas grand parti de ce bout de doigt mou et sans soutien, car sans le squelette que deviendraient les chairs? Mais les parties molles privées de la phalange finissent par se condenser, se durcir et acquérir une solidité qui, sans égaler celle des os ni même celle des cartilages, offre cependant assez de rigidité et de résistance. L'ongle, qui est conservé dans cette circonstance, ajoute encore à la force de ces parties endurcies de telle sorte que le tendon du fléchisseur profond, s'il n'a pas été trop maltraité, trouve sur tout cet ensemble un appui suffisant pour faire mouvoir ce bout de doigt. Un pareil résultat n'est-il pas bien préférable, sous le point de vue du coup d'œil, de l'utilité et de la sécurité, à celui que donne l'amputation? Un bout de doigt sans charpente osseuse, mais assez ferme et avec un ongle, vaut sans doute mieux qu'un moignon informe.

Chez l'un de nos malades, jeune fille atteinte de nécrose incomplète de la partie dorsale de la dernière phalange d'un des orteils, maladie qui présentait l'aspect d'une tourniole, M. Velpeau s'est borné à enlever deux séquestres nécrosés de cette phalange.

La seule objection que l'on puisse faire à cette méthode, c'est qu'elle exige plus de temps pour la guérison définitive que l'amputation du doigt. Les tissus restants étant sains dans cette dernière, la cicatrisation est bien vite opérée. Mais il n'en est pas de même dans les cas d'extirpation de la phalange nécrosée. On laisse derrière soi une sorte de fausse muqueuse, de membrane pyogénique entourée de tissus plus ou moins engorgés et altérés par l'inflammation. Il faut plusieurs semaines pour que ces tissus se dégorgent et se cicatrisent. Il faut plus de temps encore lorsque l'on n'a enlevé qu'une portion nécrosée comme chez la jeune fille; elle aura peut-être quelques exfoliations de l'os à subir avant cicatrisation complète. Cependant on a eu raison de ne pas sacrifier la partie saine de la phalange. La partie de l'os hypertrophiée, comme il arrive toujours en ces circonstances, aura le même volume que la phalange de l'autre orteil. Sa surface sera seulement un peu raboteuse et inégale, ce qui n'aura guère d'inconvénients ici.

En somme, si cette méthode entraîne quelques longueurs dans le traitement, cet inconvénient est largement compensé sous les divers autres rapports que nous avons déjà signalés, mais surtout sous celui de la sécurité. C'est là aussi une de ces circonstances où le chirurgien doit n'avoir pour mobile que l'intérêt du malade en dépit des apparences ; car celui-ci, qui ne sait pas quelles graves conséquences peut entraîner l'amputation d'une phalange, ne considère que la lenteur de la guérison définitive et, ne pouvant guère comprendre les causes de ce retard dans la réunion des bords de la plaie, il éprouve plus de mouvements d'impatience que de sentiment de reconnaissance.

ÉPIDÉMIES.

IV. Rapport sur l'épidémie particulière qui a régné à Saint-Denis (Ile Bourbon) en février, mars et avril 1828 (1).

Parmi les faits dignes de fixer l'attention des médecins qui exercent sous le ciel des tropiques il en est peu de plus remarquables sans doute que la tendance qu'ont les maladies

(1) En insérant ce mémoire qui nous a paru mériter de fixer l'attention de nos lecteurs, nous déclarons toutefois laisser à l'auteur la responsabilité des opinions qu'il émet sur la nature de l'épidémie de Saint-Denis, et surtout celle du nom qu'il croit devoir lui imposer dans le cours de son travail. N. D. R.

qu'on y observe à revêtir, peu après leur apparition, le caractère propre aux maladies épidémiques. Depuis quelques années, en effet, que nous avons été appelé particulièrement à observer par nous-même les affections qui, à diverses époques, ont affligé les populations de l'île, nous nous sommes convaincu de la vérité du principe que nous venons d'émettre plus haut. Nous avons eu dernièrement sous les yeux un nouvel exemple d'une grande épidémie dont l'autorité supérieure nous a chargé de lui rendre compte, autant pour la mettre à même de connaître la marche et les progrès d'une maladie qui frappe inopinément les individus de tous les âges et de toutes les conditions que pour le mettre à même, s'il y a lieu, de l'atténuer et de l'éteindre entièrement par les moyens de salubrité publique qu'une administration pleine de sollicitude pour la population qui lui est confiée saurait mettre en usage, si la nature du mal en était susceptible.

A l'époque de l'année (février) où les chaleurs qui constituent la saison de l'hivernage prennent ce haut degré d'intensité et de continuité qui leur est propre (25, 26° Réaumur), la constitution médicale de 1828 présenta les maladies habituelles au climat de Bourbon, c'est-à-dire que les dysenteries à divers degrés, les rhumatismes et autres affections fébriles et non fébriles, firent place peu à peu à une maladie d'abord inaperçue et confondue avec elles, tant étaient disséminés les premiers sujets qui en furent atteints, de telle sorte que les médecins qui furent appelés à soigner les premiers malades regardèrent l'affection régnante comme une fièvre éphémère, pour laquelle ils n'eurent recours qu'à une médecine pour ainsi dire expectante, dont la diète, les boissons délayantes et les bains furent les principaux moyens. Mais bientôt la maladie fit des progrès et s'étendit dans la ville de saint-Denis, dans toutes les directions possibles ; elle atteignit dans la même maison et indifféremment les maîtres et les esclaves; souvent plusieurs étaient malades à la fois ; d'autres fois on les vit successivement être atteints par la fièvre, se rétablir après quelques jours, et soigner à leur tour les individus de la même famille. Nous avons remarqué que l'affection fébrile a d'abord sévi sur les adultes de l'un et de l'autre sexe, et que les enfants en bas âge, c'est-à-dire ceux depuis deux ans jusqu'à cinq ou six, en furent exempts. Nous n'avons observé que très peu d'exceptions à cette règle ; mais un fait très bizarre et dont l'explication paraît très difficile (comme du reste il s'en trouve tant dans les grandes épidémies), ce fut de voir les troupes de la garnison traverser impunément cette longue série de jours marqués par l'épidémie sans être atteintes par elle. Jamais, en effet, à aucune époque de l'année, il n'était entré moins de militaires à notre hôpital, tandis qu'en ville nous ne pouvions suffire à visiter les malades, et cependant, plus que d'autres, les soldats étaient soumis à toutes les influences atmosphériques. On vit en même temps une maladie qui ne nous parut pas devoir être regardée comme identique enlever en peu de jours quelques enfants à la mamelle. Les symptômes observés et qui tenaient plus de la nature du choléra étaient des selles aqueuses, fréquentes, accompagnées de coliques très violentes, de ténesmes et de quelques vomissements, ainsi que d'accidents nerveux tels que des convulsions partielles des membres supérieurs. L'épidémie continuant ses progrès, peu de personnes y échappèrent, et les médecins eux-mêmes furent également plus ou moins maltraités par elle et arrêtés au milieu des courses multipliées que nécessitait, depuis un mois et demi, une aussi grande quantité de maladies, quoique la bénignité de la maladie chez la plupart des malades dispensât d'appeler un médecin et qu'on se bornât pour eux à l'emploi d'une médication négative qui leur suffisait.

Néanmoins la maladie, qui avait commencé à paraître à Saint-Denis sous la forme sporadique dès le commencement de février, prit son incrementum vers les 15 et 16 mars, dans le moment où le baromètre descendu à 4 lignes au-dessous de 28 p. semblait présager prochainement une de ces désastreuses tempêtes si communes dans ces climats. La chaleur était étouffante, le ciel sombre et bas, et il est très remarquable que ce grand changement atmosphérique fut signalé par l'invasion de la maladie chez un grand nombre d'individus que la veille on avait vus bien portants. Depuis cette époque jusqu'au 22 avril, l'épidémie n'a cessé de continuer ses atteintes sur les personnes qui avaient semblé devoir en être exemptes par suite de deux mois de bonne santé au milieu de son foyer, et l'on peut établir d'ailleurs comme une chose à la connaissance de tous que les quatre cinquièmes de la population de Saint-Denis ont payé le tribut à cette maladie qui, bien que très bénigne par rapport à ses résultats, eût pu avec quelques degrés d'intensité de plus devenir pour la colonie une épouvantable calamité ; les autres quartiers de l'île, moins celui plus important de Saint-Paul, furent à peu près exempts de l'épidémie.

Après ces considérations générales, il nous reste maintenant à donner la description de la maladie, à faire quelques réflexions sur ses causes probables, et à indiquer le traitement auquel les médecins ont cru devoir recourir.

Symptômes. — Les principaux symptômes de cette maladie étaient les suivants : d'abord, lassitudes spontanées, légers frissons, céphalalgie violente, conjonctives injectées, face rouge et animée, langue large, couverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre, légèrement rouge à sa pointe et sur ses bords, soif peu vive, anorexie prononcée, peau sèche et brûlante au toucher ou bien douce et fraîcheuse, pouls en général peu développé et plutôt déprimé et fréquent ; douleur très vive de la région lombaire (ce symptôme était le plus incommode pour les malades) ; quelquefois nausées, vo-

missements de matières bilieuses, anxiété extrême ; les malades ne pouvaient rester longtemps dans la même position ; ils supportaient difficilement la lumière, et les élancements douloureux des tempes étaient comparés par eux à des coups d'épingle ou à des étincelles électriques ; enfin insomnie rebelle ou assoupissement ; quelquefois loquacité et même délire léger pendant la nuit. Après 24, 36 ou 47 heures ou quelques jours de cet état, plus ou moins, on voyait les accidents ci-dessus diminuer insensiblement; seulement le mal de tête semblait persister avec une intensité presque égale. Il en était de même de la douleur des lombes, souvent accompagnée d'une difficulté plus ou moins grande de l'excrétion des urines, plutôt limpides que foncées chez quelques malades; on a même observé une véritable suspension de la sécrétion de ce fluide.

Hémorrhagies. Plus tard, on a vu s'établir sur divers appareils organiques des mouvements évidemment critiques, consistant chez les hommes en hémorrhagies nasales, buccales et intestinales, et chez les femmes (et à notre connaissance pas une de celles qui ont été atteintes n'ont manqué d'offrir ce phénomène) les règles ont paru à des époques insolites, et ont véritablement servi, dans ce cas, à juger la maladie. Chez certains malades, ces hémorrhagies des surfaces muqueuses qui tapissent la langue et les diverses parties de la bouche ont donné lieu à un écoulement de sang assez abondant pour inquiéter les malades, tandis que le médecin n'y voyait qu'un de ces moyens que la nature emploie si souvent pour détourner des principaux organes de l'économie, aux dépens d'organes moins essentiels, des mouvements fluxionnaires qui auraient pu apporter un grand trouble dans leurs fonctions et donner à une maladie d'abord simple un caractère de gravité plus ou moins inquiétant.

Sueurs.—La peau, ce vaste émonctoire des corps vivants, est devenue aussi le siége d'un travail très actif par l'apparition de sueurs copieuses et générales, mais qui, chez quelques malades, accompagnées de froid de la peau, de la petitesse du pouls et d'une certaine prostration des forces, auraient pu inspirer une inquiétude momentanée au médecin, si l'ensemble des autres symptômes n'eût été tout-à-fait rassurant; car le malade éprouvait un grand sentiment de bien-être; les traits de la face étaient épanouis et enfin la fièvre était entièrement emportée par cette crise ; à notre connaissance une seule crise eut lieu par les parotides chez un de nos malades et fut le seul cas de ce genre que nous pûmes observer.

Évacuations bilieuses.—Des évacuations véritablement critiques aussi ont eu lieu par les couloirs de la muqueuse digestive. C'est ainsi que des diarrhées bilieuses ont sensiblement soulagé quelques malades ; ce qui a engagé les médecins, dans quelques circonstances, à avoir recours à un doux laxatif, comme il sera dit à l'article du traitement. Chez d'autres, des symptômes d'irritation intestinale ont survécu pendant plus ou moins longtemps à la chute de la fièvre ; chez la plupart des personnes atteintes la convalescence a suivi de très près la chute des accidents fébriles. Néanmoins, chez tous, sans exception, la faiblesse musculaire était si grande qu'on eût dit qu'ils sortaient d'une maladie longue et périlleuse ; quant à la durée de cette affection, elle a été des plus irrégulières, depuis quelques heures jusqu'à quelques jours ; la plus longue, d'après notre observation, a été chez un frère de la doctrine chrétienne, qui a été soumis à l'influence de la fièvre pendant dix jours.

Nature de la maladie.— Maintenant, si on réfléchit sur la rapide mais fidèle description que nous venons de donner plus haut, on sera disposé à regarder la maladie qui a régné épidémiquement à St-Denis en mars et avril 1828 comme une gastro-entérite avec irradiation sympathique vive vers l'encéphale et ses annexes, à tel point que souvent même l'irritation semblait s'élancer du cerveau ou des enveloppes, tant les symptômes morbides fournis par ces organes mettaient de promptitude dans leur développement. Mais les accidents (inflammatoires) qui ont signalé cette maladie, que les anciens pathologistes n'eussent pas manqué d'appeler bilioso-inflammatoires, sont suffisants, au moins nous le pensons, pour la faire rentrer dans les phlegmasies de la muqueuse gastro-intestinale, et, dans le cas qui nous occupe, il faut s'en tenir, pour cette opinion, à l'examen attentif des symptômes et à la marche qu'à suivie la maladie, puisque nous avons été privé, pour appuyer notre manière de voir, de l'ouverture du corps ; car c'est une chose bien remarquable qu'à l'exception de l'autopsie que nous relaterons plus bas, ces occasions nous ont manqué fort heureusement pour une population nombreuse et déjà si maltraitée quelques mois avant par une variole épidémique dont nous avons eu l'honneur de rendre compte dans ce temps à l'Académie royale de médecine. Mais, malgré les lumières que les médecins retirent dans toute les épidémies de l'ouverture des corps, nous ne pensons pas qu'il puisse y avoir de doute sur la nature du mal ; nous ajouterons de plus que l'époque de l'année où cette maladie a sévi est aussi celle des plus grandes chaleurs jointes à l'humidité, double cause productrice, comme on le sait fort bien, du développement de la gastro-entérite sous toutes ses formes et sous toutes les latitudes où l'on trouve les mêmes conditions atmosphériques. Un nouvel argument aussi en faveur de cette opinion, partagée par tous nos confrères de Bourbon, se trouverait sans doute dans le mode de traitement adopté par nous, comme il sera exposé plus tard, ainsi que par la cessation de la maladie au commencement de mai, époque des premières fraîcheurs.

Maintenant parlerons-nous des causes productrices autres que celles que nous avons assignées tout à l'heure à la maladie? Quand on se représente combien il est difficile d'apprécier

d'une manière satisfaisante les grands changements qui surviennent dans la composition et la constitution de l'atmosphère et d'assigner quelle part ils peuvent avoir pour le développement d'une épidémie quelconque, on ne peut nier cependant que ce ne soit à des mutations grandes et brusques dans la température et la constitution de l'atmosphère, survenues dans le mois de février et signalées par les observations météorologiques, qu'on doive les plus grandes causes de la maladie. A cette époque, en effet, des vents d'O. et de N.-O. ont soufflé pendant plusieurs jours avec assez de violence sur le quartier de Saint-Denis en même temps que la chaleur était accablante, et il est remarquable que les habitants, éclairés par une longue expérience, redoutent singulièrement ces vents du large ou de St-Paul, comme produisant presque toujours des maladies plus ou moins graves.

En cherchant ailleurs des causes de la fièvre épidémique de St-Denis, ne pourrait-on pas en trouver quelques-unes dans l'inobservance ou l'imperfection des règles les plus ordinaires de l'hygiène publique, dans cette ville encombrée d'une population nombreuse et mélangée, et où le besoin d'une eau courante dans les rues, lorsque la chaleur est depuis longtemps à 25 et 26° Réaumur, se fait sentir de plus en plus et où des fontaines sont si souvent désirées (1)? Serait-ce encore parce que, sous l'empire de la chaleur que nous venons de traverser, les miasmes produits par la décomposition des matières animales et végétales que l'on trouve journellement dans la plupart des rues non pavées de cette ville auraient agi, dans cette hypothèse, à peu près à la manière de ceux qui produisent en d'autres lieux des affections typhoïdes à divers degrés, et surtout, en Amérique et aux Antilles, l'affection redoutable connue sous le nom de *fièvre jaune?* Nous ne serions pas éloigné de le penser, et rien n'est plus naturel que d'attribuer la réunion des causes énumérées ci-dessus à la production de la maladie épidémique de St-Denis, à laquelle il n'a manqué peut-être que quelques nuances de plus pour être classée parmi les fléaux périodiques ou irréguliers qui ont ravagé certaines contrées des tropiques et des parties méridionales de l'Europe, comme on en a vu tant d'exemples dans les épidémies de l'Andalousie, de la Catalogne, etc.

Nous le demandons, en effet, à tous les médecins qui ont eu l'occasion d'observer par eux-mêmes cette redoutable maladie, n'y a-t-il pas quelques traits de ressemblance entre les cas les moins graves et l'affection qui a régné à Bourbon, qui n'en différerait alors que du plus au moins? N'avons-nous pas observé, en effet, comme dans le typhus d'Amérique, *céphalalgie intense*, *délire*, *vive douleur* de la *région lombaire*, presque toujours *suppression* des *urines*, *vomissements* et *diarrhées* de *nature bilieuse*, et enfin, comme symptôme principal et peu *ordinaire*, des *hémorrhagies* des surfaces muqueuses gastro-pulmonaire et génito-urinaire, et une faiblesse musculaire incroyable dans la convalescence? A dire vrai, l'ictère et le vomissement noir n'ont pas été observés. A cela on pourrait demander si ces deux symptômes se remarquent constamment dans tous les cas de fièvre jaune, et s'ils sont la condition *sine quâ non* de cette maladie, s'ils en sont le véritable cachet et s'ils n'en sont pas des épiphénomènes. C'est aux praticiens qui ont étudié cette affection dans les lieux qui lui servent de berceau ordinaire à résoudre cette dernière question. Nous abandonnons, du reste, ce qu'il peut y avoir de trop hypothétique dans notre manière de voir, et nous nous bornerons, en résumant, à regarder la maladie épidémique qui a régné à St-Denis comme une phlegmasie franche des membranes muqueuses gastro-intestinales avec réaction sur les méninges, maladie qui a eu divers degrés de bénignité ou d'intensité, et a été si modérée sous le rapport de la mortalité que c'est avec doute que nous regardons comme un de ses produits la mort de quelques enfants et, en particulier, celle d'un jeune noir de 12 ans, domestique de M. Faber, commandant le bataillon du 16e léger, enlevé en douze heures au plus fort de l'épidémie, par une maladie foudroyante dont voici les principaux symptômes : *selles douloureuses*, *fréquentes* et *sanguinolentes*, *vomissements* auxquels succèdent bientôt d'autres accidents du plus sinistre présage, tels que le *froid glacial* des *extrémités*, prostration des forces, etc. Porté à l'hôpital de St-Denis, il ne tarda pas à succomber, et l'autopsie, que nous ne pouvons donner ici que sommairement, a permis de reconnaître une violente *gastro-entéro-péritonite*. La *séreuse* était d'un *rouge uniforme* et *vermillonné*; la *muqueuse* de l'*estomac* et des *intestins* était d'une rougeur foncée et tirant sur le brun.

A la même époque on perdit aussi quelques enfants à la mamelle, dans le courant de mars, lesquels furent enlevés après deux ou trois jours d'une affection caractérisée par des *selles fréquentes*, *abondantes* et *aqueuses* et quelques *vomissements*, accidents qui se sont bientôt compliqués d'une véritable congestion cérébrale qui vint donner le dernier coup à ces êtres fragiles. Une seule ouverture cadavérique put nous mettre à même de reconnaître chez un petit négrillon de quatre mois, appartenant au service colonial, et enlevé en douze heures, que la *muqueuse* de l'*estomac* était d'un *rose foncé* dans sa moitié supérieure, tan-

(1) Depuis que ce mémoire a été écrit, le vœu de la population de Saint-Denis a été écouté; les rues, alors peu ou mal pavées, le sont toutes d'après le système de Mac-Adam, et un aquéduc verse maintenant à flots dans les rues et les emplacements des habitations, l'eau pure et fraîche, prise dans de la rivière de Saint-Denis. Ces utiles travaux, si vivement désirés dans l'intérêt de la santé publique, sont dus au zèle des autorités municipales actuelles et à la bienveillante et sage administration du dernier gouverneur de Bourbon, M. le contre-amiral Cuvillier, dont les habitants de cette colonie garderont sans doute longtemps le souvenir.

dis que le reste de cette membrane et celle des intestins offraient la *couleur blanche* propre à cet âge. Il y avait de plus chez ce petit sujet une injection vasculaire très considérable de la substance du cerveau qui était sablée de points rouges à la coupe, en même temps que les sinus étaient gorgés de sang.

Il nous reste maintenant à tracer rapidement le traitement qui fut généralement employé contre cette maladie, et on verra qu'il rentra dans les trois méthodes *expectante*, *antiphlogistique*, *évacuante*, selon le degré plus ou moins élevé de l'affection. En effet, les moyens mis en usage dans le principe ont été la *diète absolue*, les *boissons délayantes* au goût des malades, *orge*, *limonade* de *citron* et *tamarin*, en même temps l'usage de l'eau pure chez ceux, en très grand nombre, qui se dégoûtaient de *tisanes sucrées*, *acidulées* et même du petit lait. Nous devons mentionner ici l'horreur que les habitants de ce pays ont, en général, pour l'emploi de l'eau crue et froide à l'intérieur, comme si ce liquide bienfaisant n'était pas la boisson naturelle de l'homme malade, tourmenté par une soif ardente et une chaleur intérieure qui semble le consumer. Mais ce préjugé, en fait de médecine pratique, est un des moindres que le médecin philosophe ait, à chaque instant, à combattre dans cette colonie d'ailleurs très civilisée, et souvent il lui faut toute la force de la vérité pour atteindre à la conviction.

La céphalalgie a été combattue par des pédiluves tièdes et chargés de moutarde en poudre ou de cendre, par des sels neutres en solution (sulfate et nitrate de potasse), en même temps que des compresses d'eau froide ou acidulée étaient appliquées sur le front et sur les tempes. On eut à regretter de ne point avoir de glace dans cette circonstance; mais alors on n'avait pas encore trouvé le moyen de conserver, pendant toute l'année, ce produit si utile en thérapeutique, et qui recouvre pendant les mois d'hiver, juin, juillet et août, à Bourbon, les sommets des Saluzes et du grand Bernard. Mais depuis trois ans des glacières, pratiquées au pied de ces montagnes, permettent à la sensualité créole, comme à la médecine, d'user de cet agent si précieux sous le ciel de l'île Bourbon.

Ces derniers topiques ont sensiblement diminué le mal de tête et dissipé le délire chez plusieurs malades. Le ventre était en même temps rafraîchi par les demi-lavements d'eau simple tiède et de décoctions émollientes, telles que celles de graines de lin, de pariétaire et des malvacées nombreuses que fournit le pays. On avait aussi recours à des bains de fauteuil qui ont été d'un effet merveilleux dans le cas où l'appareil urinaire était fortement irrité et quand la douleur des lombes était portée au *summum*. Dans d'autres circonstances, quand toute la peau était chaude et sèche, les médecins ont prescrit avec avantage des bains entiers qui calmaient l'éréthisme de cette membrane, faisaient tomber l'irritation intérieure et favorisaient une diaphorèse salutaire.

Quand ces moyens simples ne faisaient pas tomber les accidents et qu'un organe paraissait devenir le siége d'une congestion menaçante, alors on avait recours aux saignées locales par les sangsues; car nous n'avons pas appris que dans le cours de l'épidémie on ait été obligé d'employer la saignée générale; mais, dans les céphalgies violentes et opiniâtres, accompagnées de délire et d'une trop vive excitation de l'appareil sensitif, des sangsues appliquées sur le trajet des jugulaires ou aux tempes ont amené du soulagement, lorsque l'irritation de l'estomac se manifestait par une violente douleur épigastrique et des vomissements répétés. C'était l'épigastre qu'on rendait le siége de la saignée capillaire révulsive; et il était rare que dans tous les cas de cette espèce on ne fît pas cesser promptement l'irritation pour laisser à la maladie son cours ordinaire qui se terminait favorablement. Les évacuants ont aussi trouvé place dans le traitement de l'épidémie, mais seulement à l'époque de la maladie où les signes de toute phlogose gastro-intestinale et la fièvre qui en était l'expression étaient tout-à-fait tombés, que le pouls avait repris son rhythme habituel, que la peau était fraîche et la langue dérougie. Alors, si des signes évidents d'un embarras gastrique ou intestinal persistaient, on avait recours avec succès, soit à un émétique en lavage, soit à des purgatifs salins ou à des laxatifs, tels que la manne, l'huile de ricin ou l'eau de Sedlitz qui suffisaient toujours. Mais cette médication n'était point employée quand un travail critique indiquait que la nature allait se suffire à elle-même; ainsi on ne troublait par aucun moyen coercitif les diverses hémorrhagies qui survenaient sur les différents points des membranes muqueuses, et on agissait ainsi lors des sueurs générales et critiques qui étaient très souvent un des moyens de terminaison de l'affection.

Nous avons déjà dit que la convalescence, chez quelques malades, était accompagnée d'une faiblesse musculaire incroyable et nullement en rapport avec la durée de la maladie. Le régime, à cette époque, a dû fixer l'attention des médecins et a exigé de leur part une assez grande précaution, en raison de la susceptibilité gastrique qui a été le partage de quelques malades, et dont quelques-uns ont eu à se plaindre souvent pendant près d'un mois; et, en définitive, l'épidémie, après avoir commencé à se montrer à St-Denis à la fin de février, a eu sa période d'accroissement en mars et avril, a diminué vers la fin de ce mois, pour disparaître entièrement au commencement de mai, mois toujours très beau sous cette latitude, parce qu'il ramène avec lui des brises fraîches et tempérées qui redonnent aux corps vivants l'énergie qu'ils avaient perdue sous l'influence de chaleurs non interrompues pendant les cinq mois qui le précèdent.

Maintenant, et pour nous résumer, nous dirons que l'épidémie dont nous avons essayé de faire la description, rapprochée, sous plusieurs rapports, des maladies observées sous d'autres climats, a offert, comme symptôme remarquable et insolite, des hémorrhagies des membranes muqueuses très heureusement critiques, et dont il n'est pas souvent question dans les relations des maladies épidémiques autres que la fièvre jaune.

FOLLET, D. M.,
Médecin en chef de Saint-Denis (île Bourbon).

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

V. Fièvres intermittentes. — De la santé publique à Rochefort.

Monsieur le rédacteur,

Le numéro d'octobre du *Journal des connaissances médico-chirurgicales* contient un article de M. le docteur Émile Cordier sur les fièvres marécageuses des pays tempérés, dans lequel ce médecin annonce que les faits qui lui ont servi pour son travail ont été recueillis lors de l'épidémie de fièvres intermittentes qui sévit de 1843 à 1844 sur les hommes du 37e régiment d'infanterie de ligne, dont il était alors aide-major. « Ce régiment, dit-il, en quittant la » garnison de Toulouse le 11 juillet 1843, » présentait un état sanitaire satisfaisant. » Appelé dans le département de la Charente-» Inférieure, il reçut l'ordre d'occuper les » endroits suivants : La Rochelle, Rochefort, » Brouage, l'île d'Oleron, Saintes ; un déta-» chement fut ensuite envoyé à Blaye et à » Bordeaux. A cette époque l'épidémie se dé-» clara avec une intensité telle, que, de l'in-» spection de 1843 à celle de 1844, on a compté » 26,000 entrées à l'hôpital sur un effectif » d'environ 1,400 hommes. »

Je ne conteste pas que l'état sanitaire du 37e régiment ne fût satisfaisant lorsqu'il laissa Toulouse et Montauban en 1843, quoiqu'il soit positif que, dans l'année qui précéda son arrivée dans la Charente-Inférieure, sa mortalité s'était élevée à 3,66 pour cent de l'effectif, tandis que, dans celle qui suivit, ses pertes ne s'élevèrent qu'à 1,90; mais ce qui est contestable, c'est que les 1,400 hommes de ce régiment aient fourni 26,000 entrées à l'hôpital dans une année, ou, en d'autres termes, que chaque homme y soit entré 18 fois. L'exagération de ce chiffre est tellement évidente qu'on doit l'attribuer à une erreur de typographie, et s'il n'était accompagné de réflexions de M. Cordier, qui peuvent faire croire à sa réalité par les personnes qui consulteraient son travail, nous n'eussions pas entrepris d'en démontrer l'inexactitude, ce qui nous a été très facile; car un extrait des registres de l'hôpital de la marine que nous avons entre les mains prouve que du mois de juin 1843 au mois de décembre 1844 (temps pendant lequel le 37e a eu des hommes en traitement), le bataillon qui fournissait les garnisons de Rochefort et de Brouage, places réputées les moins salubres du département, n'a fourni que 757 entrées, et qu'il n'a perdu que trois hommes (2 en 1843 et 1 en 1844) dans ces dix-huit mois. En admettant que les deux autres bataillons aient eu un nombre égal de malades, ce qui est peu probable, le chiffre total des entrées à l'hôpital pour tout le régiment ne s'élèverait qu'à 2,871, ce qui est loin de 26,000.

La réputation d'insalubrité de la place de Rochefort est tellement répandue en France, que des hommes instruits ont admis sans examen et comme vrais les faits les plus fâcheux tendant à prouver l'action délétère de son climat, particulièrement sur la santé des troupes qui y tiennent garnison. Il y a un an, je me suis attaché, dans un travail spécial, à signaler les erreurs que contient un mémoire, inséré dans le tome 50e des Mémoires de médecine militaire, où il est écrit, 1° que, dans l'espace de dix années, le chiffre de la mortalité parmi la population civile avait présenté un excédant de 3,720 décès sur les naissances, quand cet excédant n'a été en réalité que de 826 pour onze ans; 2° qu'en 1833 (année exceptionnelle, où le nombre des malades fut très considérable), les 900 hommes formant alors la garnison de Rochefort avaient coûté plus de 300,000 fr. à l'État en frais de traitement de maladies, quand les remboursements faits par la guerre à la marine pour cet objet n'ont été que de 141,097 fr. 57 c.; 3° enfin que la mortalité extraordinaire qui a pesé, en 1838, sur le 9e régiment pendant qu'il était en garnison à Paris, devait être attribuée au séjour que ce régiment venait de faire à Rochefort de 1836 à 1837, quand cette mortalité n'avait commencé que deux mois après l'arrivée du régiment dans la capitale, et qu'elle avait été produite par des fièvres typhoïdes ou éruptives qui sévissaient alors sur toute la garnison de Paris, lesquelles, dans cette année, grossirent singulièrement le chiffre des décès aux hôpitaux militaires, et qu'enfin, pendant les seize mois de son séjour à Rochefort, il n'avait perdu que 17 hommes.

En vous priant de donner de la publicité à cette note, je suis mû par la pensée qu'en toutes choses la vérité doit faire place à l'erreur et qu'il serait à désirer que les régiments destinés à tenir garnison dans les places de guerre de la Charente-Inférieure connussent ce qu'ils ont réellement à craindre de l'influence de leur climat, plutôt que d'y arriver sous de fâcheuses impressions produites par des citations inexactes ou entachées d'exagération.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée.

CH. LEFÈVRE,
Médecin-professeur à l'École de médecine navale.

Rochefort, le 26 octobre 1845.

VI. Du traitement arabique.

Monsieur et très honoré confrère,

Multa renascentur quæ jam cecidêre; c'est ce

que je me suis dit en lisant un article (décembre 1845) dans votre journal, sur le traitement arabique qui, dit-on, s'est seul conservé dans l'hôpital d'Aix. Les grands éloges que lui accordent depuis quelque temps plusieurs praticiens d'Aix pourraient faire croire que c'est du nouveau que l'on nous donne; mais je puis vous assurer que ce n'est que du réchauffé, car il y a plus de vingt-cinq ans que j'ai expérimenté ce traitement à l'hôpital civil de Strasbourg, que je le faisais connaître à ceux qui suivaient mon enseignement clinique sur les maladies cutanées et syphilitiques, et que plusieurs de mes élèves en ont vanté l'efficacité dans un grand nombre de cas où je l'ai appliqué. (*Voyez* les dissertations suivantes, présentées à la Faculté de médecine de Strasbourg : 1° Dissertation sur l'emploi du mercure sublimé et le traitement arabique dans les maladies syphilitiques, par Louis Schœfer, le 7 mai 1825. 2° Des ulcères en général et de leur traitement, par Charles Zœpffel, 17 janvier 1833.)

J'ai l'honneur, etc.

RISTELHUEBER,
Médecin en chef de l'hôpital civil de Strasbourg.

Strasbourg, le 13 décembre 1845.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE, fondé sur de nombreuses observations cliniques; par F. BARRIER. D. M., chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ancien interne de l'hôpital des Enfants malades de Paris (1).

C'est une bonne recommandation pour un livre d'arriver en deux ou trois ans à la seconde édition, surtout pour un livre qui s'occupe de matières spéciales déjà comprises dans des traités plus généraux. Ce succès rapide de l'ouvrage de M. Barrier tient, d'abord, à ce que ceux qui ont été publiés antérieurement sur le même objet ont promptement vieilli; car l'étude des maladies des enfants a fait de rapides progrès depuis le commencement de ce siècle, que des établissements spéciaux ont été consacrés à leur traitement; le diagnostic des affections de l'enfance étant plus difficile que celui des affections de l'adulte, et la sollicitude des familles demandant en quelque sorte davantage à la science du médecin pour des êtres toujours plus chéris, toujours plus regrettés, beaucoup de praticiens ne s'en tiennent pas sur cette partie de leur art aux connaissances qu'ils peuvent puiser dans les ouvrages de pathologie interne, et vont chercher dans les monographies les plus récentes les notions qu'ils croient les plus savantes, les plus approfondies. On étudie donc beaucoup aujourd'hui les maladies de l'enfance et on écrit beaucoup aussi sur elles, beaucoup trop peut-être, car souvent ces travaux sont le fruit immédiat d'une année, de quelques mois d'observation à l'hôpital des Enfants. Il est étonnant, d'un autre côté, de voir dans quelle réserve se tiennent les praticiens qui se sont occupés toute leur vie de cette spécialité. Eux seuls comprennent les difficultés inhérentes à une telle tâche. Voici, du reste, quelles sont les autorités sur cette matière; la liste n'en est pas très longue : ce sont Underwood, le plus incomplet de ces auteurs, annoté par Eusèbe de Salles sur les leçons de M. Jadelot; Gardien, bien supérieur à Underwood, mais encore fort en arrière des progrès modernes; Billard, qui a étudié les maladies des enfants nouveau-nés et que la mort a interrompu dans ses utiles travaux; M. Berton enfin, qui a voulu compléter ce dernier en portant ses recherches particulièrement sur les maladies qu'on observe depuis la première dentition jusqu'à la puberté. On annonce depuis longtemps comme devant paraître un ouvrage destiné sans doute à tous les lieux et à tous les temps, puisqu'il sera écrit dans la langue universelle, en latin; mais comme cet ouvrage, dont on a promis une traduction à l'Allemagne, n'a pas pas encore paru sur l'horizon scientifique et littéraire, force nous est de nous contenter des ouvrages que nous venons de citer et de celui de M. Barrier, qui est sans contredit plus complet qu'eux tous.

M. Barrier a fait son éducation à l'hôpital des Enfants; il l'a terminée dans la pratique civile à Lyon, la ville du royaume où la pratique médicale est la plus féconde en productions après la capitale, ainsi que nous avons déjà eu maintes fois occasion de l'observer.

Si le livre de M. Barrier n'avait que l'avantage d'être plus complet que ceux qui l'ont précédé, cet avantage ne serait, après tout, que celui d'une compilation faite sur des matériaux plus abondants; la valeur vénale du livre en pourrait être un peu rehaussée; mais la valeur scientifique se trouverait par-là même fort amoindrie, le mérite d'un auteur s'estimant d'après ce qui lui appartient en propre. Mais l'accueil flatteur qui a été fait à la première édition témoigne de l'estime particulière que le public médical en a faite, et nous sommes heureux de constater que le succès est légitime. M. Barrier a su s'inspirer à la fois de l'esprit d'investigation minutieuse de l'école anatomique et de cet esprit philosophique qui seul peut féconder les travaux faits dans un but d'ensemble.

Ainsi, dans une introduction qui est comme l'exposé de sa profession de foi dogmatique,

(1) Seconde édition revue et augmentée. — Deux gros volumes in-8°.—A Paris, chez Fortin, Masson et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 1; à Lyon, chez Ch. Savy.

l'auteur, jetant un coup d'œil rapide sur les fonctions de la vie dans le premier âge, émet cette double idée, que l'enfance, comparée aux âges suivants, présente : 1° un excès de vie, une vitesse plus grande dans tous les mouvements vitaux ; 2° mais en revanche des organes moins parfaits et des fonctions d'une régularité moindre ; ce qui explique la multitude de maladies et plus souvent encore de malaises auxquels cet âge est exposé, ainsi que la mobilité du pronostic et la gravité des terminaisons, plus souvent funestes dans les maladies sérieuses de l'enfance que chez les adultes.

La classification adoptée par M. Barrier est anatomique, non, selon lui, que ce soit la meilleure, car elle n'est nullement philosophique ; mais elle est la plus commode pour la pratique. Il suppose d'ailleurs que le lecteur est, par ses études antérieures, familiarisé avec les notions élémentaires de pathologie générale et de pathologie interne. Nous croyons que M. Barrier s'est peut-être exagéré les difficultés que lui eût pu imposer une classification dogmatique, vu surtout la largeur de son cadre qui est presque aussi étendu que celui de divers traités de médecine complets.

Toutefois, le point de vue plus pratique que scientifique auquel a visé l'auteur diminuait l'importance de ce choix. Voici quelle est la classification qu'il a adoptée. Il a formé cinq groupes de cas morbides. Le premier comprend les affections de poitrine (appareils respiratoire et circulatoire) ; le second, celles de l'abdomen (appareil digestif et annexes) ; le troisième, celles des centres nerveux et de leurs enveloppes ; le quatrième se compose des maladies des organes des sens ; le cinquième, enfin, embrasse tous les cas qui ne rentrent dans aucun des quatre premiers groupes. Le reste de l'introduction est consacré à diverses remarques sur la fréquence relative des maladies dans les différentes périodes de l'enfance, sur telles d'entre elles qui sont les plus meurtrières (la pneumonie, la tuberculisation et les affections cérébrales) Elle se termine par des détails relatifs à l'exploration clinique chez les enfants.

La première partie est consacrée aux maladies de poitrine qui jouent, suivant l'auteur, un rôle prédominant dans la pathologie de l'enfance, relativement aux maladies de la tête et de l'abdomen. Les maladies de poitrine occupent presque tout le premier volume. Elles sont divisées en un certain nombre de sections suivant leur siége anatomique connu ou présumé. Ainsi la section première comprend les maladies des bronches qui sont le catarrhe bronchique et la coqueluche.

Avant d'aborder l'histoire de la première de ces affections, l'auteur a cru, et avec grande raison, devoir étudier le catarrhe en général ; l'état catarrhal joue un rôle très grand, en effet, chez les enfants, soit qu'il puisse être considéré comme idiopathique, soit qu'il existe à l'état de complication plus ou moins obligée, comme dans les fièvres, la coqueluche, la pneumonie lobulaire, etc. M. Barrier fait remarquer qu'il y a dans le catarrhe pulmonaire deux éléments bien distincts, l'élément inflammatoire et l'élément catarrhal : le second, chez les enfants, mérite une attention spéciale, parce que son apparition ne peut pas toujours, à cet âge, être considérée comme une terminaison heureuse de la maladie, l'enfant ayant encore à subir les dangers d'une pneumonie lobulaire. C'est pour cette raison que l'auteur recommande particulièrement le vésicatoire au bras. Après la description du catarrhe, vient celle de la coqueluche. Le dépouillement des divers faits que M. Barrier a observés et de ceux que les auteurs ont cités l'a amené à regarder comme spécialement indiqués à la seconde période de cette maladie les stupéfiants, parmi lesquels la belladone mérite la préférence, associée à l'opium, à la valériane et au sulfate de quinine. Le musc, l'assa-fætida et l'oxyde de zinc ne lui paraissent que d'une utilité secondaire en général. Il va sans dire qu'il faut continuer de combattre l'élément catarrhal par les vomitifs, les laxatifs et surtout par le vésicatoire.

Le chapitre consacré à la pneumonie, la plus fréquente des maladies de l'enfance, est une véritable monographie. L'auteur a cru devoir scinder en deux parties l'histoire de cette maladie. Tous les observateurs de notre époque ont reconnu, dit-il, qu'elle présente deux espèces principales, très différentes l'une de l'autre sous les divers rapports de l'étiologie, des symptômes, du pronostic et du traitement. De ces deux espèces, l'une, particulière à l'enfance à laquelle elle apppartient presque exclusivement, à été appelée *lobulaire*, consécutive ou secondaire, compliquée. Cette forme, qui n'a été bien décrite que depuis un petit nombre d'années, se caractérise anatomiquement par des noyaux d'hépatisation disséminés en plus ou moins grand nombre dans les poumons. La seconde espèce de pneumonie est la pneumonie ordinaire appelée lobaire ; elle est beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. Aussi est-ce sur la première que M. Barrier s'appesantit avec le plus de détails. Il reconnaît trois variétés de pneumonie lobulaire qu'il a observées dans la proportion suivante : 1° la pneumonie lobulaire disséminée, 6 cas ; 2° la généralisée, 46 cas ; la pseudo-lobulaire, 9 cas. Ces chiffres ont plus de valeur qu'ils ne sembleraient devoir en avoir au premier abord, parce que la mort ayant eu lieu chez 48 malades sur 61, le diagnostic a été le plus souvent vérifié sur l'autopsie. Le traitement de la pneumonie lobulaire n'est pas à beaucoup près aussi avancé que le reste de son histoire, ce qui tient à ce que cette affection étant généralement peu étudiée dans la pratique civile, sa thérapeutique n'a été décrite que d'après les résultats obtenus dans les hôpitaux des enfants où les circonstances sont bien plus défavorables que dans ceux des adultes. L'insuffisance du personnel dans les premiers fait que les petits malades sont en général mal soignés, mal surveillés et trop souvent laissés

en proie à toutes sortes de besoins qu'ils n'ont pas les mêmes facilités pour satisfaire que les adultes. Voici quelles sont les règles de traitement que l'auteur a pu formuler, autant peut-être d'après les réflexions faites sur la nature de la maladie que d'après les observations faites à l'hôpital.

Comme il y a beaucoup d'élément catarrhal à l'état de maturité dans la pneumonie lobulaire, c'est en général par les révulsifs et les évacuants qu'il paraît indiqué d'agir. De tous les révulsifs cutanés, celui que M. Barrier préfère, en cette circonstance, est le vésicatoire suppuratif, au bras plutôt qu'à la poitrine. Il n'aime pas les vésicatoires à la poitrine. Il préférerait à ce dernier un vésicatoire à chaque bras. Mais ce moyen est indiqué surtout comme préventif, lorsque l'aggravation des symptômes du catarrhe fait craindre l'imminence de la pneumonie. Celle-ci survenue, il faut attendre pour avoir recours au vésicatoire que les symptômes fébriles aient baissé. Il se retrouve alors indiqué de nouveau. L'ipécacuanha est également convenable lorsqu'il y a prédominance de l'état catarrhal. Les saignées ont aussi leurs indications; mais l'auteur ne pense pas qu'il faille jamais chez l'enfant espérer ni tenter de juguler une pneumonie lobulaire par les émissions sanguines. M. Barrier a comparé avec soin l'action de l'émétique à hautes doses chez les enfants et chez les adultes, et il lui a paru démontré que chez les premiers la tolérance s'établissait plus promptement et plus facilement, mais qu'elle n'avait pas une durée plus longue. Il ne faut pas négliger l'addition du sirop diacode qui facilite la tolérance. Les indications de cette médication sont es mêmes que pour la précédente. L'oxyde blanc d'antimoine et le kermès peuvent rendre des services et conviennent dans toutes es formes et à toutes les périodes de la maladie.

Il faut, chez les enfants atteints de pneumonie lobulaire, éviter surtout le décubitus dorsal; il est indispensable de les faire porter de temps en temps sur les bras des personnes qui les soignent pour des raisons qui se conçoivent facilement. Dans la période de déclin de la maladie, il peut être utile de faire respirer l'air extérieur si la température le permet.

Nous étant appesantis, un peu trop peut-être, sur la pneumonie lobulaire, nous sommes obligés d'être un peu plus expéditifs sur le reste. Relativement au croup, nous dirons quelques mots seulement sur le choix des vomitifs lorsque cette médication est indiquée, et à cet égard nous ferons une remarque qui ne s'applique pas seulement aux vomitifs, mais qui se pourrait faire également de toute médication. On n'étudie pas assez aujourd'hui les divers agents d'une médication; on s'en tient à l'effet général, sans tenir compte des effets quelquefois très différents les uns des autres qu'ils produisent. Ainsi, pour les purgatifs par exemple, la plupart des praticiens ont adopté chacun le leur dont ils ne se départent guère. Les médecins anglais, auxquels on reproche d'employer trop souvent le calomel, font cependant une grande différence entre les divers modes d'action produits par les purgatifs, et leur pratique est beaucoup moins uniforme que la nôtre sous ce rapport. Nous ne savons si leurs applications sont toujours justes; mais en principe ils ont certainement raison. Maintenant, pour en revenir aux vomitifs, quand on parle de cette médication, l'idée ou plutôt la mémoire se reporte de suite au tartre stibié ou à l'ipécacuanha, et l'on oublie que l'on a fait vomir pendant dix-huit siècles sans tartre stibié ni ipécacuanha. Dans une bonne thèse récemment publiée sur le croup, l'auteur a parlé des vomitifs comme s'il n'existait au monde que le tartrite antimonié de potasse. Or, comme le dit fort bien M. Barrier, l'émétique et l'ipécacuanha ne produisent dans certains cas que des vomissements légers, quelquefois même ils sont complètement tolérés. Il existe d'autres vomitifs d'un effet plus rapide et plus sûr auxquels il faut avoir recours quand le cas est pressant. Lobstein, d'après M. Stœber, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, préconisait beaucoup dans ces circonstances le foie de soufre. Mais un vomitif encore plus sûr, suivant M. Stœber, c'est le sulfate de cuivre. A l'appui de cette opinion qui concorde avec les résultats avantageux consignés dans un excellent travail de M. Godefroy de Rennes que nous avons publié il y a peu de temps, M. Stœber cite une observation toute récente, recueillie dans sa pratique, sur un garçon de quatre ans qui était sur le point de périr asphyxié, lorsque des doses répétées de sulfate de cuivre amenèrent le rejet de fausses membranes. Les parents avaient refusé l'opération. Dans un autre cas observé il y a deux ou trois ans, M. Stœber avait prié M. Stoltz de faire l'opération; mais, pendant que ce dernier était allé chercher ses instruments, le sulfate de cuivre avait provoqué de nouveaux vomissements. L'enfant fut soulagé et guérit. Mais rien ne nous paraît plus probant à cet égard que les faits consignés par M. Godefroy dans notre n° de juillet 1845. Ce sont de pareils succès qui ont fait regarder le sulfate de cuivre, par quelques médecins, comme une sorte de spécifique, tandis qu'il les doit très probablement à l'énergie des vomissements qu'il provoque. M. Valleix a, en effet, montré par l'analyse de 53 cas de croup, que les vomitifs donnés avec parcimonie dans 22 cas n'ont procuré qu'une guérison; tandis que sur 31 cas dans lesquels ils ont été employés avec énergie, ils ont sauvé 15 malades.

Avant de tracer l'histoire des maladies tuberculeuses du thorax, l'auteur donne des considérations sur les tubercules et les scrofules en général. Il y prouve par des tableaux statistiques que l'affection tuberculeuse est extrêmement commune dans l'enfance. Il paraîtrait même que les trois quarts des sujets qui meurent à l'hôpital des Enfants vers l'âge de quatre à cinq ans présentent des tubercules. — Pour ce qui est du traitement des affections tuberculeuses et scrofuleuses, M. Barrier pense

que le fer doit y jouer un grand rôle ; il le croit même plus généralement indiqué que l'iode.

Dans la deuxième partie de son livre, M. Barrier traite des maladies de l'abdomen. Une première section est consacrée aux affections dites sus-diaphragmatiques ; la seconde l'est aux affections de l'estomac et de l'intestin ; la troisième à celles des annexes de l'appareil digestif ; la quatrième enfin à celles des organes génito-urinaires. On voit par cette énumération qui réunit les maladies les plus disparates, tant par leur nature que par leur siége (stomatite ; gangrène de la vulve), que l'ordre anatomique n'est guère bon qu'à faire des casiers commodes pour les recherches en quelque sorte matérielles.

A l'exemple de M. Gendrin, l'auteur comprend les lésions de sécrétion de la muqueuse gastro-intestinale sous le terme générique de diacrises.— Il range dans cette classe et décrit successivement : 1° la diacrise muqueuse ou folliculeuse ; 2° la diacrise acescente ; 3° la diacrise séreuse ; 4° la diacrise venteuse ; 5° la diacrise vermineuse.

La fièvre typhoïde est devenue de plus en plus commune depuis que les médecins ne la confondent plus autant avec les affections cérébrales. Sur quinze cents malades environ qui entrent chaque année à l'hôpital des Enfants pour des affections aiguës, soixante-dix sont atteints de fièvre typhoïde. Cette maladie ne diffère pas beaucoup chez l'enfant de ce qu'elle est chez l'adulte ; toutefois, comme elle n'avait été encore que peu étudiée dans l'enfance, M. Barrier a voulu en traiter d'une manière complète. Dans cette seconde édition de son livre, il a modifié l'opinion qu'il avait émise dans la première touchant l'action du quinquina. Au lieu de le considérer comme un tonique, il le regarde aujourd'hui comme un antipériodique, partant de l'idée que la fièvre typhoïde revêt assez souvent à Lyon la forme rémittente (1).

Dans la section qui est consacrée aux maladies des organes génito-urinaires, M. Barrier signale une maladie qui avait été jusqu'ici omise dans la plupart des traités des maladies des enfants : c'est la gangrène spontanée de la vulve chez les petites filles, maladie très grave et contre laquelle il ne voit guère à conseiller que la cautérisation.

Les matières que nous venons de parcourir, malheureusement trop sommairement, occupent les trois quarts de l'ouvrage de M. Barrier. Nous regrettons de ne pas pouvoir pousser notre examen sur les trois autres parties. Nous croyons cependant que l'auteur, après s'être un peu trop étendu sur les deux premières, a été un peu trop court sur certaines parties des suivantes, notamment sur les fièvres éruptives. Cette seconde édition renferme cependant plusieurs additions notables, entre autres un très intéressant chapitre sur la diathèse inflammatoire des nouveau-nés.

Pour résumer l'impression générale qu nous reste de la lecture de cet estimable livre, nous dirons qu'il porte l'empreinte d'observations pratiques nombreuses et bien choisies, mais recueillies trop à la hâte et qui n'ont pas encore eu le temps d'être assez souvent personnelles. On avait reproché à certains de nos plus jeunes contemporains de trop regarder, de trop compter et de ne pas assez penser. M. Barrier compte aussi, mais sans avoir une trop aveugle confiance dans les chiffres. Son livre porte l'empreinte de nombreuses lectures, de fortes lectures même, telles qu'on n'en fait plus guère aujourd'hui ; on voit qu'il s'est nourri de Barthez, qu'il a étudié la doctrine des éléments pathologiques et qu'il en a fait d'heureuses applications dans son ouvrage. Quelques critiques ont crié contre ce qu'ils appellent le retour au vitalisme métaphysique. Nous croyons pour nous que l'auteur en cela a donné un bon exemple. Quand on a demandé au stéthoscope, au plessimètre, au thermomètre, au scalpel, au microscope et aux réactifs chimiques tout ce qu'ils peuvent donner, on peut bien se prendre à converser un peu avec les siècles qui nous ont précédés. Nous dirons enfin que cette seconde édition, faite un peu hâtivement, pour profiter du succès de la première, aura besoin d'être retouchée de la main du praticien. C'est d'ailleurs un engagement que M. Barrier prend dans la préface de son livre en assurant ses lecteurs que les nouvelles fonctions exclusivement chirurgicales auxquelles il vient d'être appelé ne l'empêcheront pas de continuer ses études sur la pædiatrie.

Revue des journaux français et belges.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Numéros de septembre et d'octobre 1845.

De l'emploi avantageux des cataplasmes froids ; par M. Reveillé-Parise.— L'auteur s'étonne que, dans les cas d'inflammations phlegmoneuses externes, la routine nous fasse encore avoir recours aux cataplasmes chauds, alors que l'on sait pourtant que le *calorique* tend directement à donner plus d'étendue, plus d'intensité aux symptômes que l'on veut combattre. Ne semblerait-il pas qu'un cataplasme chaud est mis là exprès pour développer les quatre symptômes que nos devanciers ont désignés comme les caractères de l'inflammation, la douleur, la rougeur, la chaleur et la tuméfaction, caractères dérivés d'une seule cause, la surexcitation ?

M. Reveillé-Parise ne parle pas d'après ses seules réflexions. Celles-ci l'ont conduit à essayer les cataplasmes froids dans des cas où il avait vu les cataplasmes chauds ne faire qu'exaspérer le mal, ou être pour le moins sans effet, notamment dans un cas de panaris, dans

(1) Voyez, sur cette manière de considérer la fièvre typhoïde, les extraits que nous avons donnés du livre de M. Waton dans les nos de mars et d'avril 1844.

deux cas d'inflammation phlegmoneuse au bras, dans diverses lésions de continuité.

Dans ces circonstances, bien loin d'ajouter du calorique au moyen des fomentations chaudes, ou, ce qui est bien pis encore, au moyen de cataplasmes dont la température égale, et souvent même excède celle de la partie enflammée, il faut en soustraire le plus possible, et cela par des cataplasmes froids.

Il est néanmoins certains sujets chez lesquels, à raison d'une grande susceptibilité nerveuse, il faut débuter par des cataplasmes tièdes, et n'arriver que graduellement à des cataplasmes tout-à-fait froids.

La soustraction du calorique est, contre les inflammations externes, le plus puissant des sédatifs. On peut toutefois aider à l'action de ces cataplasmes par l'emploi de certains médicaments narcotiques.

Empoisonnement accidentel de plusieurs personnes, produit par le thon; observations dues au docteur GALIAY, de Tarbes (Hautes-Pyrénées). — Les faits observés par l'auteur, divers autres qui lui ont été rapportés par ses confrères, tendraient à prouver que le thon peut avoir des propriétés vénéneuses, soit qu'il les doive à ce qu'il se nourrit de mullusques malfaisants, comme le prétend Lacépède, soit que cette qualité toxique soit inhérente à son organisation.

Plusieurs ménages d'une même famille, dit l'auteur, s'étaient réunis à l'occasion d'un mariage célébré depuis peu ; ils étaient huit à table, tous en parfaite santé. Le thon qu'ils mangèrent parut à plusieurs d'entre eux avoir quelque chose d'insolite au goût ; ils en éprouvèrent tous les mêmes accidents, quoiqu'à des degrés divers, à l'exception de deux personnes qui avaient pris du café aussitôt après le repas.

Le premier de tous les symptômes, celui qui ne manqua jamais, fut une irritation instantanée de la bouche, accompagnée de petites phlyctènes chez les uns, du gonflement des gencives et des lèvres chez d'autres, et souvent d'une rougeur très foncée de ces parties, et quelquefois aussi de la langue. Les phlyctènes étaient passagères. Venait ensuite la rougeur de toute la figure, des yeux et des oreilles, rougeur allant quelquefois jusqu'à la teinte de pourpre. Presque aussitôt venait une céphalalgie, toujours forte, occasionnant parfois des vertiges, des tintements d'oreilles. Cette céphalalgie, qui était ordinairement très longue, avait cependant des alternatives de décroissement et de recrudescence. Il apparaissait ensuite des éruptions urticaires, se montrant, d'abord, au cou et sur la poitrine, plus tard sur les diverses parties du corps, et excitant une inquiétante démangeaison.

Tous ces malades se disaient parfaitement exempts d'indigestion.

Un chien et un chat qui avaient mangé de ce thon en furent gravement incommodés ; ils eurent des vomissements et de nombreuses évacuations alvines.

Avant l'arrivée du médecin, ces malades avaient fait usage de plusieurs boissons de fantaisie, mais aucune ne s'était montrée aussi favorable que l'eau fraîche ou sucrée. Ils s'étaient très bien trouvés de la respiration d'un air frais et libre et surtout de l'application de l'eau froide sur la figure et dans la bouche. Deux malades seulement, les plus indisposés, consentirent à prendre un vomitif, et s'en trouvèrent bien. L'eau vinaigrée à petites doses produisit un très bon effet. On l'a aussi recommandée dans l'empoisonnement par les moules. Une seule personne consentit à prendre un lavement froid à l'oxycrat : elle n'eut qu'à s'en louer.

Dans la même soirée, chez le docteur D...., sur cinq personnes qui mangèrent du thon, trois furent incommodées, dont l'une grièvement. Les deux personnes épargnées avaient pris du café. Les symptômes furent les mêmes que ceux précédemment indiqués. Un chat d'une espèce assez forte ayant mangé des restes de ce poisson en fut très malade.

Les mêmes accidents eurent lieu dans un pensionnat de petits garçons.

Ce ne furent pas là les seuls accidents. Peu de personnes parmi celles qui firent usage de cet envoi de thon échappèrent à son influence toxique. Le même jour, des accidents de même nature furent observés à Bayonne. Il n'y a pas jusqu'au thon le plus frais qui n'ait causé des accidents.

L'auteur a remarqué que le café pris le lendemain de ces accidents a beaucoup contribué au rétablissement de la santé.

Nouveaux essais avec l'extrait aqueux de seigle ergoté dans quelques affections chroniques de l'utérus; par le docteur ARNAL. — C'est contre les engorgements chroniques de l'utérus que l'auteur a essayé, depuis plusieurs années, l'emploi de l'ergot de seigle. Plusieurs de ses confrères, auxquels il a communiqué ses résultats, lui ont fait des objections auxquelles il répond de la manière suivante :

On a reproché, dit-il, au seigle ergoté de causer des douleurs utérines, des douleurs lombaires, etc; quant à lui, il se loue beaucoup de l'apparition de ces prétendus accidents qui prouvent l'influence du médicament. Bien loin de le suspendre, il augmente la dose de l'extrait; seulement il lui associe une petite dose de ciguë, de jusquiame ou de camphre. Cette addition suffit ordinairement pour faire cesser les incommodités causées par l'agent principal, et la guérison arrive plus rapidement qu'elle ne l'aurait fait sans cela. M. Arnal cite une observation à l'appui de ce qu'il vient d'avancer.

D'autres médecins, au contraire, reprochent à l'extrait ergoté d'être inerte. A cela, M. Arnal répond qu'ils ont peut-être employé de l'extrait provenant d'ergot de seigle altéré, ou bien qu'ils se sont trop hâtés de conclure. Pour lui, il a souvent rencontré des engorgements utérins qui ont longtemps résisté à l'influence

salutaire de ce médicament; mais soutenu, dit-il, par la confiance qu'il avait en lui, il a persisté, et il a fini ainsi par triompher de lésions que les moyens ordinaires n'avaient pu faire cesser.

Il faut bien distinguer d'ailleurs entre les divers engorgements chroniques de l'utérus. Ceux qui sont durs et blanchâtres semblent déjà toucher aux premières limites de la dégénérescence squirrheuse; ceux-là sont très réfractaires au seigle ergoté comme aux divers autres agents de la thérapeutique. Cependant M. Arnal a pu, dans plusieurs circonstances, réduire ces engorgements par le seigle ergoté; mais il n'y est parvenu que par une sorte de détour, qu'après avoir transformé l'induration blanche en la faisant passer par l'état de ramollissement inflammatoire aigu. Il cite une observation dans laquelle, pour arriver à ce but, il faisait tous les jours, sur le col lui-même, des frictions avec une pommade composée de 16 grammes d'axonge, de 20 grammes d'onguent napolitain et de 4 grammes d'extrait de belladone. Au bout de six jours de ces frictions, le col commença à rougir; bientôt des douleurs lombaires et pelviennes se firent sentir; un écoulement abondant se manifesta, tous symptômes qui annonçaient le retour d'un état aigu. Les frictions furent alors suspendues; le malade fut soumis à des injections émollientes et au traitement ordinaire par l'extrait aqueux d'ergot de seigle associé à l'extrait de ciguë. Au bout de deux mois, le col avait repris son état naturel.

Quant aux engorgements, qui sont primitivement mous, rouges, avec congestion sanguine, c'est-à-dire ceux qui sont le produit d'une inflammation aiguë ou chronique, ils reçoivent généralement du seigle ergoté une influence salutaire.

Nous voyons dans la première observation de M. Arnal qu'il a commencé par une pilule de 15 centigrammes d'extrait aqueux de seigle ergoté matin et soir. Il a été jusqu'à 60 centigrammes et plus par jour. Pour combattre les accidents propres au seigle ergoté, il ajoutait à chaque pilule un centigramme d'extrait de jusquiame et 10 centigrammes de camphre.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Nos de septembre, octobre et novembre 1845.

Anévrysme spontané de l'aorte ascendante ouvert dans la veine cave supérieure; observation recueillie à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis, par J. Cossy, interne. — Ce fait peut être rangé parmi les cas rares, et l'auteur même a cru un moment qu'il était unique dans la science, jusqu'à ce que ses recherches lui aient fait découvrir une observation pareille dans le mémoire d'un médecin anglais, M. Thurnam, sur les anévrysmes variqueux spontanés de l'aorte (1). Comme, après tout, le fait observé par M. Cossy est plutôt curieux que véritablement intéressant pour la pratique, nous nous bornerons à en signaler les particularités principales.

Cette maladie, observée chez une femme de 45 ans, a présenté deux phases bien tranchées. La première, qui a été d'un intérêt fort secondaire, comprend l'état de la malade pendant un espace d'environ 14 années, durant lesquelles elle n'a éprouvé que quelques palpitations, une dyspnée médiocre, et plus tard des battements vers le haut du sternum, sans jamais d'enflure. La deuxième phase de la maladie comprend un espace de 11 jours seulement; elle est marquée par l'apparition soudaine de nouveaux accidents : œdème considérable avec coloration violacée intense des parties supérieures du corps, augmentation de la dyspnée, étourdissements, bruissement et tension pénible dans toute la tête. Ces symptômes paraissent avoir coïncidé avec l'ouverture de la tumeur anévrysmale dans la veine cave supérieure.

A l'autopsie, on a trouvé la tumeur anévrysmale occupant le bord convexe de la portion ascendante de la crosse aortique, au-dessous de l'artère innominée. L'ouverture de communication avec la veine siége en arrière; son pourtour est bordé de dentelures très fines, formées par de petits boutons rosés. Il n'existe, au voisinage de cette ouverture, ni érosion, ni coloration anomale. La veine cave supérieure ne contient qu'un caillot noir, peu consistant et non adhérent. Cette veine a 55 millim. de largeur à l'embouchure de la veine azygos; elle n'en a plus que 26 au niveau de la perforation.

Observation de guérison d'une phlébite survenue après une saignée, et qui a présenté tous les symptômes de l'infection purulente; par A. Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi. — Nous nous bornons à citer cette observation rapportée par l'auteur avec une abondance de détails qui ne se prêtent guère à l'analyse. M. Vidal a d'abord combattu l'état local phlegmasique par des applications de sangsues. Les symptômes généraux d'infection purulente ont été traités par le sulfate de quinine, le vin, le bouillon, les potages. On a longtemps administré l'eau de Seditz tous les deux jours.

Mémoire sur l'écoulement séreux qui s'effectue par l'oreille à la suite des fractures du rocher; par M. Chassaignac.—Nous avons rapporté dans notre numéro de novembre dernier l'explication que M. Laugier a donnée de ce nouveau signes éméiologique. M. Chassaignac, ayant eu à observer un fait de ce genre, s'est livré à quelques recherches sur cette matière. Pour lui, c'est au sinus qu'il fait remonter les écoulements transparents de la base du crâne après les fractures de cette cavité osseuse. Dans l'espèce, il faut observer que le rocher, entouré presque de tous côtés par des

(1) Medico-chirurgical Transactions, t. XXIII, London, 1840.

affluents sanguins considérables, est de tous les os du crâne celui sur lequel sont concentrés le plus d'aboutissants veineux. De plus, ajoute-t-il, le golfe jugulaire, qui renferme la plus grande masse sanguine à l'état de collection qui puisse se trouver dans le crâne, est dans de tels rapports avec le rocher, qu'une fracture ou un déjettement de cet os peut causer aux parois membraneuses du golfe de petites ruptures. Or, dit-il, il est presque impossible de concevoir une fracture du rocher qui, par quelques points de son trajet, n'arrive pas au contact de l'un des sinus. C'est donc une rupture de la paroi adhérente ou périostique des sinus (paroi plus mince et plus tendue que leur paroi méningienne) qui permet à ces cavités d'alimenter l'écoulement auriculaire en laissant échapper la partie non colorée du sang quand il y a fracture étroite, la partie colorée quand il y a fracture avec écartement.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

De la constipation par inertie des intestins, et de son traitement; par M. Teissier, médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — En rendant compte, dans notre dernier numéro, du livre remarquable de M. Barras sur les gastralgies, nous avons signalé l'opinion fort juste qu'il s'est formée de la nature de la constipation chez les gastralgiques. C'est chez la plupart de ces malades qu'il dit, avec raison, que les rafraîchissements *échauffent*, parce qu'ils ne font qu'agir dans le sens de la maladie et ajouter encore à l'inertie des intestins. Ainsi, ce sont les toniques qui sont, au contraire, indiqués dans cette forme de constipation, qui est la plus fréquente et se retrouve encore hors des cas de gastralgie proprement dite.

Cependant, comme les toniques généraux n'agissent que d'une manière indirecte et par conséquent assez lente, il serait fort utile d'en connaître de locaux. M. Teissier, dans ce travail, nous rappelle les principaux et insiste surtout sur les trois suivants qui ont déjà été signalés, mais qui malgré cela ne sont pas assez connus : la noix vomique, les lavements froids et les préparations astringentes.

La *noix vomique* a été conseillée d'abord par Schmidtmann, médecin de Berlin, qui a fait une longue étude des gastralgies, et par Hufeland, praticien de la même ville, également connu. M. Teissier rapporte trois observations remarquables par la rapidité et la durée du succès obtenu à l'aide de cette substance. Cependant elle ne réussit pas toujours. Les cas dans lesquels elle est particulièrement indiquée sont, selon lui, ceux où l'on a lieu de présumer une atonie générale des intestins, comme chez les paraplégiques ou chez les vieillards, ou bien une inertie de la tunique musculaire par suite d'une distension forcée longtemps continuée, comme chez une modiste dont il cite l'observation, et qui avait au rectum une tumeur faisant obstacle à la sortie des matières; elle convient aussi quand la constipation peut être attribuée à une augmentation de la sécrétion gazeuse, qui, elle aussi, distend les intestins et diminue leur contractilité. La dose administrée par l'auteur était : 1 centigramme de noix vomique en poudre, sous forme pilulaire.

Les *lavements d'eau pure froids* sont mieux connus; mais ils sont peu employés, ce qui tient peut-être à ce qu'ils impressionnent si désagréablement certains malades qu'ils refusent de s'y soumettre. C'est un moyen fort innocent, quoiqu'il produise quelquefois des coliques et un peu de diarrhée. Il suffit alors de les suspendre momentanément et de ne les employer que tous les trois ou quatre jours. On peut aussi y mélanger de l'eau tiède dans des proportions successivement décroissantes, jusqu'à ce que les malades arrivent à se servir d'eau de fontaine. Les lavements d'eau froide conviennent, suivant l'auteur, aux personnes nerveuses, très irritables, un peu hypochondriaques, et chez les femmes affectées d'une irritation ou d'un engorgement de l'utérus. Les personnes qui ont contracté la déplorable habitude de prendre tous les jours un lavement tiède, et qui sont ainsi arrivées à ne plus pouvoir aller à la selle par les seuls efforts de la nature, doivent remplacer l'eau chaude par l'eau froide.

Les *lavements astringents* conviennent surtout dans les cas où l'on peut soupçonner l'existence d'une dilatation anormale de la partie inférieure du rectum par suite d'une cause mécanique ou autre. Ils conviennent encore chez les femmes dont la constipation coexiste avec un engorgement ou une rétroversion de l'utérus, et chez tous ceux qui, n'allant à la selle que tous les huit ou dix jours, rendent après de douloureux efforts une masse énorme de matières dures et desséchées.

La composition de ces lavements peut varier à l'infini. L'auteur commence par administrer la simple infusion de roses de Provins, froide, bien entendu, et au bout de quelques jours il ajoute à chaque lavement 1 ou 2 grammes d'extrait de ratanhia. Il pense qu'on pourrait, dans les cas difficiles, associer au lavement précédent 1 ou 2 centigrammes d'extrait de noix vomique.

M. Teissier fait une observation importante sur la manière dont il convient d'administrer les lavements astringents. Selon lui, il faut agir par lavements entiers, parce que les quarts de lavement, étant absorbés, produisent un effet astringent beaucoup trop fort, et qui, loin de produire de la réaction, paralyse au contraire les tuniques intestinales. Le lavement entier, qui est rejeté, n'agit pas aussi fortement, et a en outre l'avantage d'agir sur presque toute l'étendue du gros intestin.

L'auteur assure avoir souvent administré avec succès les lavements astringents, suivant le mode qui vient d'être exposé, à des femmes affectées de constipation opiniâtre. M. Paul Brun s'en loue beaucoup aussi.

Les moyens précédents ne sont pas les seuls, du reste, auxquels on puisse avoir recours dans le cas de constipation par inertie des intestins. L'auteur rappelle encore l'*introduction des mèches* dans le rectum, moyen récemment proposé par M. Louis Fleury; le *massage cadencé de l'intestin rectum*, recommandé par M. Récamier; l'*extrait de bile de bœuf*, et surtout le *thé de Saint-Germain*; Hufeland affirme avoir connu des individus qui ont fait usage de ce dernier pendant toute leur vie, à la dose d'une demi-tasse par jour, sans en ressentir la moindre influence fâcheuse, et toujours avec un effet certain.

Il est bien entendu qu'il faut joindre à ces divers moyens l'usage de boissons amères, un régime tonique et l'exercice en plein air.

Des frictions avec la pommade hydriodatée dans le lumbago. — Le docteur EBRARD cite en faveur de ce nouveau moyen cinq observations dans lesquelles la guérison a été si prompte, si marquée, qu'il lui semble impossible de les rapporter au mode habituel de terminaison de cette maladie. Il a employé cette pommade tantôt pure, comme le Codex la fait préparer, tantôt mélangée avec partie égale d'axonge. La dose était de 25 à 30 grammes par jour, en trois, quatre ou cinq frictions. Elle n'a pas produit d'irritation de la peau chez aucun de ses malades. L'auteur n'a encore employé la pommade hydriodatée que dans ces cinq cas-là.

ANNALES D'OCCULISTIQUE.

Observation d'une amaurose chez un enfant de six mois, survenue à la suite d'une ophthalmie des nouveau-nés; traitement par les révulsifs et le gaz hydrogène azoté; guérison; par le docteur ESCOLAR, médecin des hôpitaux généraux de Madrid. — Un enfant de six mois, bien constitué, après avoir été baptisé à l'eau froide (1), pendant l'hiver de 1843, contracta une ophthalmie catarrhale qui détermina une cécité complète. L'auteur, appelé à examiner l'enfant, au bout de deux mois, lui trouva les pupilles larges et immobiles et les globes oculaires agités d'un mouvement oscillatoire extraordinaire. Ses yeux étaient d'ailleurs insensibles à la plus vive sensation de lumière.

M. Escolar prescrivit l'application d'un emplâtre épispastique à chaque fosse temporale. Au bout de huit jours il en fit appliquer deux autres aux apophyses mastoïdes, et, huit autres jours plus tard, un pareil emplâtre fut appliqué à la nuque. Après huit nouveaux jours de ce traitement, il soumit chaque œil alternativement, de trois jours en trois jours, à l'action du gaz hydrogène azoté, agité dans un petit flacon.

La mère fut mise aux adoucissants et aux mucilagineux.

Après quinze jours, l'enfant commença à sentir les approches d'une bougie, à détourner la tête et à fermer les paupières. L'amélioration continua graduellement; le mouvement oscillatoire alla en décroissant, et au bout de quarante jours la guérison fut regardée comme complète. Plus de deux ans se sont écoulés et elle ne s'est pas démentie.

(*Numéro de septembre* 1845.)

Observations et réflexions sur l'emphysème des paupières; par le docteur DESMARRES.— L'emphysème des paupières est une maladie assez rare; l'auteur n'en a encore observé que deux cas, et, par une singulière coïncidence, ils se sont présentés à lui dans le même mois. Cette affection ne ressemble à l'œdème des mêmes parties que par le gonflement; mais elle s'en distingue aisément par le toucher et par les symptômes commémoratifs. Au lieu d'être pâteuse, la tumeur est élastique, rénitente; elle donne à la pression des doigts la sensation de crépitation. L'emphysème s'étend le plus souvent en même temps aux téguments du front et de la face.

L'emphysème des paupières est quelquefois lié à un emphysème plus étendu, survenu à la suite d'une lésion des organes de la respiration. Il n'est pas très rare de le voir produit par une fracture des parois des fosses nasales ou des sinus frontaux, ou même être la conséquence d'une rupture des conduits lacrymaux par un violent éternument ou simplement par l'action de se moucher. Le sujet de la première observation de M. Desmarres paraît être dans ce cas.

Le traitement de l'emphysème des paupières par cause locale est très simple; il consiste dans la division des téguments au moyen de la lancette ou du bistouri pour donner passage à l'air; on revient de temps en temps à ce moyen jusqu'à la réunion des parties molles si elles ont été seules intéressées, ou jusqu'à consolidation de la fracture des parois osseuses, si elle a donné lieu à la maladie. Il importe beaucoup que le malade évite de se moucher, parce que l'air violemment poussé de bas en haut dans le sac lacrymal maintiendrait ouverte la solution de continuité de cet organe. Dans le cas d'emphysème des paupières lié à une affection des organes respiratoires, on conçoit que la ponction des paupières n'a pour effet que de débarrasser momentanément le malade de sa cécité accidentelle.

(*Ibid.*)

Quelques remarques sur la mydriase, suivies d'une observation de mydriase bornée à l'œil droit; par M. Aug. BÉRARD, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.—On donne le nom de *mydriase*

(1) L'auteur dit qu'un grand nombre de médecins espagnols se sont élevés, dans le *Boletin de medicina, cirujia y farmacia*, qu'il rédige, contre la pratique du baptême à l'eau froide. Grâce à leurs efforts, cette pratique se perd de plus en plus.

à la dilatation permanente de la pupille. Tantôt elle est liée à l'amaurose dont elle est un symptôme ; tantôt c'est une disposition congénitale ou acquise de l'iris qui coexiste avec l'intégrité parfaite de la vision ; tantôt, enfin, c'est une maladie qui est accompagnée d'une perturbation plus ou moins profonde dans les fonctions visuelles. C'est de cette dernière espèce seulement que l'auteur s'occupe.

Dans la mydriase, la pupille est très large et l'iris est plus ou moins complètement privé de ses mouvements. Elle est quelquefois congénitale ; dans un cas, elle a paru héréditaire. On l'a vue survenir chez ceux qui, ayant longtemps vécu dans un lieu obscur, ont été tout-à-coup exposés à une vive lumière ; à la suite de blessures qui ont porté sur l'orbite, de douleurs névralgiques, d'efforts de vomissement. La présence de vers intestinaux, l'action de la belladone, certaines professions telles que celle d'horloger, ont encore entraîné le développement de la mydriase. Dans certains cas, enfin, elle se développe sans cause connue.

M. Bérard pense que la mydriase est la conséquence d'une paralysie des nerfs ciliaires fournis par le moteur oculaire commun. Le premier et le principal symptôme consiste dans une énorme dilatation de la pupille. La circonférence de l'ouverture pupillaire est ou tout-à-fait ronde, ou elliptique, ou ovalaire, ou bien polygonale. La circonférence de l'iris est parfois inégalement contractée. Le centre de la pupille est noir, ou bien il présente des reflets plus ou moins brillants dépendant de la quantité et de l'éclat des rayons lumineux qui pénètrent au fond de l'œil.

Une lumière un peu forte est difficilement supportée ; la vue est confuse ; le malade ne peut distinguer les petits objets ; les corps semblent aux uns plus grands, aux autres plus petits que d'ordinaire. Si la mydriase n'existe que d'un seul côté, l'œil affecté se dévie ; il y a production de strabisme et diplopie.

Si l'on condamne l'œil sain, l'œil malade reprend sa rectitude ; mais il est tantôt atteint de myopie, tantôt, au contraire, de presbytie, sans que l'on ait pu jusqu'à ce jour saisir la cause de cette opposition dans les symptômes.

La perturbation dans la vision diminue le matin et le soir, ou dans une chambre modérément éclairée. Cette perturbation disparaît complètement lorsque l'on place au devant de l'œil un écran troué dans son centre ; cette ouverture étroite supplée à celle de la pupille, et le malade peut à l'instant lire les plus petits caractères. A la longue, l'œil finit par rougir ; la vue s'affaiblit peu à peu, et l'amaurose succède à la mydriase.

Dans les cas les plus favorables, mais aussi les plus rares, l'affection ne se prolonge pas au delà de quelques jours ou de quelques semaines. Le plus ordinairement elle se prolonge plusieurs mois, et résiste aux divers moyens thérapeutiques. C'est donc une maladie fâcheuse.

Le traitement palliatif consiste dans l'emploi d'un diaphragme en bois, en carton, en cuir, assez large pour cacher le devant de l'œil, et pourvu dans son centre d'un petit trou d'un à deux millimètres de diamètre. Cet appareil est fixé au devant de l'œil comme le sont les lunettes.

Le traitement curatif ne repose que sur des moyens empiriques d'un effet fort incertain et rarement heureux. En voici la liste :

M. Mackensie préconise :

1° Les instillations de landanum entre les paupières et les liniments excitants au pourtour de l'orbite ;

2° Les collyres excitants, ceux dans lesquels entre le sulfate de strychnine ;

3° On peut toucher la cornée chaque jour avec un doigt ou un instrument métallique ;

4° M. Serre (d'Uzès) conseille de cautériser cette membrane avec la pierre infernale ; on promène le crayon près de la circonférence de la cornée pendant environ une seconde ; ce moyen n'a produit entre les mains de M. Bérard qu'un bienfait passager largement contrebalancé par une inflammation de plusieurs jours de durée ;

5° Les vésicatoires promenés sur la suture fronto-pariétale, et saupoudrés avec la strychnine ;

6° L'électropuncture ;

7° Mauchart dit avoir retiré de bons effets des nervins ;

8° Enfin, on a préconisé comme moyens généraux l'ergot de seigle, la valériane, l'arnica.

Le malade auquel il est fait allusion dans le titre de cet article avait déjà, lors de sa publication, subi cinq mois d'un traitement suivi avec persévérance, et il n'avait encore obtenu qu'une très légère amélioration qui peut être attribuée à l'usage de l'ergot de seigle et à l'attouchement de la cornée avec la pierre infernale. M. Bérard se propose d'insister sur ces deux moyens et d'y ajouter les préparations de sulfate de strychnine par inoculation.

(*Numéro d'octobre* 1845.)

Synchysis étincelant (*ramollissement du corps vitré avec étincelles apparentes au fond de l'œil*) ; par le docteur DESMARRES. — Cette maladie se dessine le plus ordinairement par un ensemble de symptômes faciles à saisir et parmi lesquels le tremblotement de l'iris a une grande valeur. On note aussi une certaine paresse de la pupille qui demeure parfaitement noire, et un abaissement variable de la vision. Dans l'observation rapportée par l'auteur, il s'est présenté un phénomène particulier qu'il croit devoir signaler : l'apparition au fond de l'œil d'une multitude de paillettes brillantes, semblables aux feux d'un diamant, et cela sans altération particulière de la vision. C'est là ce qui motive le nom de synchisis étincelant que M. Desmarres croit devoir donner à cette singulière affection.

OBS. Madame Manfrina, âgée de cinquante-huit ans, ancienne fumiste, rue Thérèse, n° 11, à Paris,

se présenta à la clinique de l'auteur le 22 septembre 1845. En 1827 ou 1828, elle a commencé à voir de nombreuses mouches volantes sans éprouver de maux de tête. En 1830, elle s'aperçut qu'elle ne voyait plus de l'œil gauche. L'œil droit commença aussi à faiblir, et en 1838 elle ne pouvait plus que se conduire avec difficulté. Le 9 juillet 1838, M. Velpeau lui pratiqua l'opération de la cataracte par abaissement sur l'œil gauche seulement. Elle recouvra un léger degré de vision à cet œil, mais pas assez pour se conduire. L'œil droit se perdit complètement à son tour, et fut opéré par le même procédé, le 17 septembre 1842, par M. le professeur Bérard. Les débris du cristallin ne se résorbèrent pas, et la malade demeura aveugle de cet œil comme avant l'opération. Aussi a-t-elle attendu longtemps avant de se décider à subir de nouvelles opérations.

Nous passons par dessus les détails que donne l'auteur sur l'état des yeux de cette malade lorsqu'elle se présenta à lui. Pensant que l'abaissement à l'aiguille serait très difficile, sinon impossible, il se décida à extraire les deux capsules en ponctionnant la sclérotique. La malade a été de nouveau opérée le 2 octobre 1845 et avec un plein succès. Le douzième jour, la vision était parfaite avec des verres n° 5 pour voir de loin, et n° 2 pour lire ou faire des ouvrages à l'aiguille. Les yeux avaient leur consistance normale.

Mais c'est ici que commence le phénomène le plus singulier; nous laisserons l'auteur le décrire lui-même :

«Quelques jours après la sortie de la malade de ma clinique, où elle n'est restée que huit jours, j'examine les yeux avec attention, et, indépendamment du flottement de l'iris qui existe des deux côtés, je constate dans le gauche le phénomène le plus curieux qui se puisse imaginer. Il n'y a rien de particulier dans le droit. A travers la pupille, largement dilatée sur le fond de l'œil qui est parfaitement noir, je vois se détacher des paillettes, brillantes comme des diamants, mobiles, et d'une grandeur qu'on ne peut guère comparer qu'à celle de grains de sable. — Elles sont placées sur divers plans dans la chambre postérieure, apparaissent le plus ordinairement au nombre de 20 à 30 à la fois, se déplacent de bas en haut pendant les mouvements de l'œil, et sont immédiatement remplacées par d'autres aussi brillantes et aussi nombreuses. Tous ces petits points lumineux mobiles, réfléchissant la lumière avec un vif éclat, paraissent descendre peu à peu vers la partie la plus déclive de l'œil, lorsque cet organe est maintenu quelque temps dans l'immobilité, et se montrent, en général, d'autant plus nombreux que les mouvements en sont plus étendus et plus brusques. Il n'y a rien d'anormal dans la chambre antérieure; la vision est aussi bonne qu'on peut le désirer après une opération de cataracte : la malade se plaint seulement de quelques mouches volantes qu'elle a toujours vues, et qui n'ont pas augmenté. »

Cette maladie singulière paraît siéger de la manière la plus évidente dans le corps vitré ; la place qu'occupent les points lumineux sur divers plans d'avant en arrière ne peut laisser de doute à cet égard. Mais quelle explication donner à ce singulier phénomène? Serait-il dû à un changement moléculaire du corps vitré évidemment ramolli, ainsi que l'atteste l'oscillation considérable de l'iris? Les cellules hyaloïdiennes, par suite d'une disposition morbide particulière, moins tendues par l'humeur vitrée plus fluide, flotteraient-elles les unes sur les autres? Dans cet état, réfléchiraient-elles la lumière isolément au lieu de la réfracter? L'auteur le pense, et il invite ses confrères de Paris, qui liront cette observation, à voir cette malade et à rechercher à leur tour une explication meilleure de ce singulier et curieux phénomène auquel le nom de *synchysis étincelant* lui paraît convenir parfaitement.

(*Numéro de novembre* 1845.)

Revue des journaux allemands.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Sur l'huile de foie de morue; par le docteur Adolphe SCHNITZER, médecin de l'hôpital des enfants de Berlin.—Suivant l'auteur, c'est dans la médecine des pauvres surtout que se révèle la haute utilité de ce nouvel agent thérapeutique. Voici quel enchaînement d'idées il suit pour prouver sa proposition. Une alimentation insuffisante, comme est celle des classes malheureuses de la société, est la principale cause prédisposante de l'affection scrofuleuse. J'ai vu, dit-il, dans une même famille des enfants de deux et trois ans entachés de scrofules, tandis que leurs frères plus jeunes, encore à la mamelle avaient toutes les apparences d'une santé brillante et n'offraient pas le moindre vestige de scrofules; mais bientôt on les sevrait à leur tour et, nourris comme leurs aînés avec des aliments trop peu réparateurs, ils ne tardaient guère à présenter les mêmes symptômes morbides. Une habitation malsaine produit aussi les mêmes effets fâcheux. L'huile de foie de morue est alors, selon l'auteur, un excellent supplément pour ces cas d'alimentation insuffisante; elle nourrit les enfants mieux peut-être que tout autre genre de nourriture. Les enfants qui en font usage profitent à vue d'œil; ils deviennent gras, vermeils; leur corps prend de la vigueur. M. Schnitzer croit, toutefois, que ces bons résultats sont plutôt dus aux matériaux nutritifs, huileux, qui se trouvent dans l'huile de foie de morue, qu'à l'iode et aux autres sels qui s'y trouvent également. Car, ajoute-t-il, si vous donnez l'huile de foie de morue à un individu amaigri, mal nourri, mais, d'ailleurs non scrofuleux, il s'en

trouvera très bien. Vous observerez bien aussi quelquefois la même chose chez un enfant scrofuleux ; mais l'affection scrofuleuse en elle-même restera souvent stationnaire chez ce dernier, ce qui prouve que l'agent en question est moins un spécifique antiscrofuleux qu'un moyen indirect de prévenir ou guérir les scrofules en venant en aide à la nutrition. Voilà ce qui fait dire à l'auteur que l'huile de foie de morue est plus souvent indiquée dans la médecine des pauvres que dans celle des riches. Il professe même l'opinion que l'affection scrofuleuse, chez les premiers, lorsqu'elle n'a pas encore exercé de trop profonds ravages, particulièrement de ravages locaux, se guérirait le plus souvent sans l'emploi d'aucun moyen pharmaceutique, par le seul effet d'une bonne nourriture, d'un bon air et de bains.

L'huile de foie de morue, dit M. Schnitzer, est donc indiquée dans toutes les formes de l'affection scrofuleuse qui ne réclament pas un traitement actif et qui ne menacent pas immédiatement la vie. Elle convient dans les scrofules torpides ; dans celles où il y a de l'éréthisme elle ne produit pas d'aussi bons résultats, sans cependant être formellement contre-indiquée, car elle n'est point nuisible par elle-même. Les affections scrofuleuses dans lesquelles l'auteur a le plus souvent employé cette huile sont l'impétigo scrofuleux, la teigne bénigne (tinea capitis benigna), le spina ventosa, la pédarthrocace, le rachitis surtout, et jamais elle n'a trompé son attente à moins que le pronostic ne fût déjà tout-à-fait fâcheux auparavant. Les enfants de deux ans qui ne pouvaient se soutenir ni marcher se trouvaient en état de le faire au bout de deux à trois mois; leurs membres inférieurs reprenaient de la chair; leurs joues se coloraient et les lésions scrofuleuses disparaissaient.

M. Schnitzer fait, sur le mode d'administration de cette huile, quelques remarques dont nous avons été à même de constater la justesse. Les enfants ne la prennent pas volontiers au commencement; mais ils s'y habituent assez facilement. Il est à peu près inutile de chercher à en déguiser l'odeur et le goût par divers mélanges ; on n'y réussit point ; si on la mélange soit avec du café, du lait, du thé, du jus de viande, on inspire aux enfants un dégoût insurmontable pour ces aliments. Mieux vaut donc l'administrer pure. La dose est,pour les enfants d'un an environ, de deux à quatre cuillerées à café par jour. Au-dessus de cet âge, on peut aller jusqu'à deux à trois cuillerées à bouche.

—Nous croyons que le médecin de l'hôpital des enfants de Berlin se fait une théorie trop exclusive sur le mode d'action de l'huile de foie de morue. Car il résulterait presque de ces idées que toute huile agirait aussi bien que la précédente. Nous croyons volontiers avec lui, et cela d'après l'expérience, que l'huile de foie de morue est un médicament précieux, et d'autant plus efficace qu'on l'emploie chez des enfants plus jeunes. Mais M. Schnitzer ne nous paraît plus être dans le vrai quand il déclare ensuite, *ex cathedrâ*, et sans preuve directe, que l'iode n'est pour rien dans l'action de cette huile. Nous pensons qu'il y est, au contraire, pour beaucoup. L'huile de foie de morue est une sorte de formule iodée naturelle que l'économie s'assimile mieux que nos formules artificielles, de même que l'on profitera souvent plus de quelques centigrammes de fer pris chaque jour dans une eau minérale naturelle que de deux grammes par jour d'une préparation ferrugineuse artificielle. Nous voudrions pouvoir dire aussi avec l'auteur que l'huile de foie de morue est le remède des pauvres. Mais, au prix exorbitant auquel elle se vend à Paris, nous n'espérons pas qu'il en soit ainsi de longtemps. Nous nous voyons quelquefois obligés de la remplacer chez les gens peu aisés par une mixture iodurée (iode 1 gramme, iodure de potassium 2 grammes, eau distillée 30 grammes — 2 et graduellement 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 gouttes par jour dans de l'eau sucrée), dont les bons effets,contre les scrofules des os particulièrement, nous portent à penser que ees deux médicaments ont certains rapports dans leurs effets thérapeutiques.

(*N° de mai* 1845.)

MEDICINISCHES CORRESPONDENZ BLATT.

Cure radicale de la hernie inguinale par le séton. — Le docteur MOESNER a déjà obtenu quatre cas de guérison bien confirmée au moyen du procédé suivant : il soulève le scrotum et le sac herniaire à l'aide d'un fil conduit sur une espèce de sonde à dard de son invention, laquelle consiste en une canule courbe montée sur un manche creux et terminée par un bouton olivaire, de la grosseur d'un pois, également creux; dans l'intérieur de cette canule il fait remonter, à l'aide d'un mandrin adapté à la courbure de l'instrument, et d'une aiguille munie d'un fil qu'il peut faire passer par le bouton olivaire de l'instrument, la peau du scrotum invaginée, le canal inguinal et la peau du ventre. Ce fil une fois introduit avec toutes les précautions nécessaires pour ne pas léser les viscères, il l'abandonne dans la plaie pour y faire l'office d'un séton, et non dans le but de retenir le scrotum invaginé, comme dans les méthodes dites par invagination. Le canal inguinal est ensuite comprimé, et le malade retenu au lit pendant dix-huit à vingt jours, terme ordinairement suffisant pour produire une inflammation adhésive de tout le trajet; le fil est ensuite retiré. La compression est encore continuée par précaution pendant quelques semaines avec un brayer.

De l'accouchement prématuré artificiel; par le docteur SCHALLENMULLER (de Crailsheim). — L'auteur rapporte neuf opérations de ce genre pratiquées avec succès tant par lui que par d'autres médecins. Quand nous disons avec succès, il faut entendre, pour la mère ; car,

sur ce nombre de neuf enfants amenés ainsi au monde, deux seulement ont survécu. Mais comme dans les couches précédentes chez les mêmes femmes les enfants étaient toujours morts, les partisans de l'accouchement prématuré artificiel peuvent invoquer ces faits en faveur d'une méthode depuis longtemps employée en Allemagne et que M. le professeur Stoltz (de Strasbourg) a vulgarisée en France, malgré la répulsion bien légitime qu'elle inspire à une première réflexion (1).

Quoi qu'il en soit, les neuf opérations ont été pratiquées sans suite fâcheuse, sur cinq femmes, trois fois sur deux et une fois sur trois autres.

Obs.—Une femme de vingt-quatre ans, rachitique dès son enfance, de la taille de quatre pieds huit pouces et demi, a un bassin qui n'offre que deux pouces trois quarts à son diamètre antéro-postérieur. Elle a déjà été accouchée deux fois par la perforation. Le 26 novembre 1843, M. Schallenmuller fit la ponction de l'œuf huit semaines environ avant le terme de la troisième grossesse; il ne s'en écoula pas de liquide. Le 28 il la répéta, et le 29 il s'en écoula une chopine et demie d'eau dans l'espace de deux heures. Le 9 décembre, il fit une troisième ponction; l'eau coula jusqu'au 11 au soir, où de véritables contractions commencèrent. Soixante-seize heures après, la femme accoucha, sans difficulté, d'un enfant bien portant qui continua à vivre. La mère n'a pu le nourrir elle-même faute de lait; mais cette circonstance s'était déjà présentée aux deux premières couches.

MM. les docteurs Horlacher (d'Ansbach), Horlacher (de Crailsheim), Froehlich (d'Ilzhofen) et l'auteur ont pratiqué l'opération de l'accouchement prématuré artificiel dans les circonstances suivantes : 1° chez une femme de trente-quatre ans, délivrée cinq fois auparavant, à l'aide du forceps, d'enfants morts; cinq jours et demi après la ponction, elle accoucha d'une petite fille qui naquit la tête la première et continua de vivre. — 2° — Une femme de trente ans, délivrée deux fois par la perforation, donna le jour, vingt-quatre heures après la ponction de l'œuf, à un petit garçon; mais il fallut appliquer le forceps. L'enfant succomba, sept semaines après, à des convulsions. — 3° Une femme de trente-sept ans, délivrée cinq fois, par la perforation, d'enfants morts, accoucha, vingt-quatre heures après la ponction, d'une petite fille qui se présenta par les pieds et mourut pendant le travail. — 4° Trois ans après, la même femme mit au monde, trois jours après la ponction, un petit garçon qui présenta aussi les pieds et succomba de même. — 5° Trois nouvelles années après, la même femme accoucha encore facilement, trois jours après la ponction qui lui fut faite par le docteur Schallenmuller, d'une fille qui présenta la tête et mourut bientôt après sa naissance. La mère n'avait que vingt-huit semaines; elle s'était malheureusement trompée sur l'époque de sa conception. — 6° M. le docteur Horlacher pratiqua la ponction chez une femme de vingt-huit ans, délivrée une fois par le forceps et deux fois par la perforation. Au bout de vingt heures elle accoucha d'une fille qui présenta les pieds et mourut pendant le travail. — 7° Un an après, la même femme fut ponctionnée par le docteur Froehlich. Après vingt-quatre heures de travail, elle mit au monde un garçon qui présenta la tête et ne vécut que quelques heures. — 8° La même femme, encore un an après, subit, de la part de l'auteur, une nouvelle ponction; au bout de vingt-quatre heures, elle accoucha d'une fille qui présenta les pieds et mourut pendant l'extraction.

Sur cette question de dystocie par étroitesse du bassin, M. Ritter (de Rottenbourg) publie, dans le même journal, le travail suivant qui a pour titre :

Existe-t-il des moyens dynamiques qui, administrés pendant la grossesse, préviennent les accouchements difficiles? — En faveur de l'affirmative, M. Ritter rapporte l'observation qui suit :

Obs. — Une paysanne, âgée de vingt-trois ans, vigoureuse, mais rachitique depuis son enfance, et ayant un bassin très étroit, avait été délivrée trois fois à grand'peine d'enfants morts. Comme elle se trouvait à demi-terme d'une quatrième grossesse, l'auteur lui fit une saignée de six onces, lui prescrivit une eau minérale légèrement purgative, une diète très sévère, ne consistant qu'en une petite quantité de légumes, de lait, de pain et de fruit, sans viande ni œufs, ni légumes secs, et lui recommanda, enfin, les travaux à l'air libre. Six semaines après, il lui fit une nouvelle saignée de six onces; deux mois après, même saignée; d'ailleurs, continuation du même régime et de l'eau purgative. Cette femme s'amaigrit visiblement et pâlit; son ventre n'offrait pas, à beaucoup près, le même développement que dans les grossesses précédentes : les mouvements de l'enfant étaient bien distincts. Quelques jours avant le terme probable de la grossesse, on permit à cette femme une nourriture plus substantielle et l'on suspendit les purgatifs. Elle sentit les premières douleurs au milieu des champs pendant qu'elle s'occupait à lier des gerbes. Lorsqu'elle fut rentrée chez elle, la poche des eaux se rompit; le fœtus fut expulsé par les pieds jusqu'à la tête. Lorsque l'accoucheur arriva, l'enfant était entièrement sorti par les seules forces de la nature; il était mort; pendant que la tête était restée au passage, on avait observé distinctement les mouvements des membres hors de la vulve. Le corps de l'enfant n'était pas très maigre; il était seulement fort allongé; les os

(1) M. le docteur Debreyne, médecin de la Trappe de Mortagne, praticien distingué que nous avons eu quelquefois occasion de citer, s'élève avec force contre l'accouchement prématuré artificiel qu'il considère comme un infanticide qu'aucune considération ne saurait motiver.

de la tête se croisaient; les fontanelles étaient grandes, et il existait à la tête un renfoncement causé par la pression de l'angle sacro-vertébral, mais moins prononcé que chez les enfants des couches précédentes.

Cette femme, se trouvant enceinte pour la cinquième fois en 1844, fut de nouveau soumise au régime débilitant pendant la seconde moitié de la grossesse. M. Ritter la vit au début du travail et reconnut au toucher, à travers le col entr'ouvert et la poche des eaux encore entière, la présence d'un bras. Une fois que l'orifice se trouva entièrement dilaté, il rompit la poche des eaux et alla chercher l'enfant par les pieds; mais, comme la tête resta arrêtée au passage, il lui fallut avoir recours au forceps. Le fœtus, quoique le cœur battît encore, était dans un état de mort apparente qui fit bientôt place à la mort réelle, malgré les soins employés en pareille circonstance. Il avait dix-neuf pouces; les fontanelles étaient grandes, les os de la tête croisés; la plus grande circonférence de la tête avait neuf pouces et demi; son diamètre, trois pouces.

Revue des journaux italiens.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DI TORINO. (Nos d'avril, mai et juin 1845.)

Fièvre intermittente terminée par gangrène partielle de l'index, du médius et de l'articulaire de la main droite; cas observé par le professeur MANUNTA, de Sassari.—Le fait suivant prouve quelles difficultés s'attachent au traitement de la fièvre intermittente aux yeux des médecins italiens:

OBS. — Un homme de 42 ans avait une fièvre tierce avec des symptômes de pléthore sanguine et de phlogose gastro-hépatique. Le médecin qui fut appelé voulut couper sur-le-champ cette fièvre avec le sulfate de quinine, sans tenir compte de ces complications. Il y parvint sans difficulté; néanmoins, le malade continua d'éprouver de l'insomnie, de la soif, de l'inquiétude et des ardeurs à l'épigastre. Bientôt il survint de la gangrène aux extrémités des doigts; celle-ci fit des progrès malgré l'emploi des moyens usités en pareil cas. Le malade fut enfin soumis à une médication antiphlogistique énergique qui eut pour effet immédiat d'arrêter les progrès de la gangrène. La guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Observations physiologico-pathologiques sur un cas de polydipsie; par le docteur Carlo NOVELLIS.—L'observation suivante offre de l'intérêt, tant à cause de la rareté du fait qu'à cause de la rareté non moins grande de la guérison en pareil cas.

OBS.—Cerri Francesco, âgé de 31 ans, est habitué depuis sa plus tendre enfance à boire et à manger avec excès. Enrôlé à 20 ans dans l'armée, il a souvent été dans l'impossibilité de satisfaire complètement sa faim et sa soif, ce qui le porta à déserter. Il fut condamné pour ce fait à cinq ans de réclusion, et il commença à subir sa peine le 2 septembre 1843. Au bout de quelques mois, Cerri fut envoyé à l'hôpital pour une fièvre synoque rheumatique avec sensation de forte tension dans la bouche qu'il attribuait à la privation des boissons. Pendant tout le temps que dura cette fièvre, la soif fut modérée, circonstance singulière que l'on observe d'ordinaire dans les maladies intercurrentes des polydipsiques. Mais lorsqu'il eut été parfaitement guéri de la synoque, la soif et la faim revinrent aussi incessantes qu'auparavant.

Ce fut alors que le docteur Novellis commença à étudier l'affection dont cet homme était atteint. Il buvait tous les jours l'énorme quantité de 480 onces de liquide, poids de Piémont. Toutes les fonctions étaient à l'état normal, et il n'existait aucun signe de diabète. Les urines étaient en moindre quantité que les boissons prises; elles ne présentaient rien d'anormal. Quoique cette urine ne présentât aucune réaction de sucre, M. Novellis, réfléchissant que c'était avec le diabète que la maladie de Cerri présentait le plus de ressemblance, voulut essayer de l'effet du régime animal. Le malade absorbait tous les jours six à sept livres d'aliments solides, tant en pain qu'en viande et en œufs, et 41 à 43 livres de liquides consistant en eau, en vin et en vinaigre. Il rendait 27 à 30 livres d'urines.

Ce régime abondant ne produisant aucune amélioration, le médecin chercha à exciter la salivation au moyen de pastilles, et en faisant mastiquer au malade des racines d'une saveur relevée, et en lui faisant d'ailleurs garder un petit caillou en permanence dans la bouche. Ces precautions minutieuses n'eurent néanmoins aucun effet satisfaisant.

On changea alors complètement le régime du malade, et il fut mis à une diète végétale. Voici quel en était le résultat au bout de quinze jours. Aliments solides composés de pain, d'épinards et de patates, 6 livres; aliments liquides, vin, eau et vinaigre, 17 livres; il rendait 15 livres d'urines. Ce premier succès encouragea l'auteur à persister dans la nouvelle voie qu'il venait d'adopter. Quinze autres jours après, Cerri se contentait de 6 livres d'aliments solides et de 13 livres d'aliments liquides; il rendait 13 livres d'urines. La soif n'était plus incessante et le moral du malade s'en trouvait singulièrement relevé. Une diarrhée qui survint alors força M. Novellis de suspendre le régime végétal et de permettre au malade un peu de viande. On continua l'usage de la limonade minérale déjà prescrite contre la diarrhée, et on lui prescrivit deux gouttes de créosote dans 8 onces de décoction d'orge à prendre chaque jour par petites gorgées. Le malade en vint peu de jours après à se contenter de 6 à 8 livres de boisson dans les 24 heures. Quelques semaines après, Cerri sortit de l'hôpital parfaitement guéri de sa polydipsie.

IL RACCOGLITORE MEDICO.

Placenta retenu pendant 38 jours dans l'utérus et rendu ensuite par fragments. — Le docteur Luigi ROMUALDI, de Sorano, rapporte dans une note adressée au docteur Battista Bellini, de Florence, l'observation suivante qui n'est pas sans intérêt :

OBS. — Annunziata Capelletti, âgée de dix-huit ans, fut vue par l'auteur, le 2 juin 1845, se trouvant alors au troisième jour d'un accouchement à terme. Les renseignements portaient que le travail n'avait pas duré plus de cinq heures ; la rupture du sac amniotique n'avait précédé que de peu d'instants la sortie du fœtus, laquelle avait causé de profondes dilacérations dans le vagin et à la commissure postérieure de la vulve. Mais le plus fâcheux était que le placenta était resté dans la matrice.

Il adhérait, en effet, très intimement aux surfaces d'implantation et M. Romualdi ne crut pas convenable de chercher à l'entraîner. Il prescrivit à la malade du seigle ergoté et pratiqua une injection de vinaigre étendu d'eau le long de la veine ombilicale, d'après le conseil de M. Mojon de Gênes, pour réveiller la contractilité de l'utérus. Ces moyens ne produisirent aucun effet. Le lendemain, quatrième jour de l'accouchement, une seconde et plus forte dose d'ergot de seigle ne produisit pas plus d'effet sur la matrice et incommoda d'ailleurs la malade. Sur ces entrefaites, il survint de la métro-péritonite qui fut combattue par les antiphlogistiques. Le cordon était tombé en putréfaction comme le délivre ; il n'était plus possible de faire des injections. M. Romualdi parvint à se rendre maître des accidents inflammatoires au moyen des saignées générales et locales ; il faisait dans la matrice des injections de décoction de mauve.

On en était arrivé au trentième jour de l'accouchement, lorsque le placenta commença à sortir par fragments, entraîné par les liquides qui sortaient en abondance de ce foyer d'infection. Son expulsion se fit ainsi peu à peu. On administrait à la malade de la digitale et du sulfate de fer, pour combattre ce que l'auteur appelle les symptômes d'*angioïte* universelle. Plus tard on soutint les forces avec de la décoction de quinquina. Ce fut à l'aide de ces divers moyens que la malade parvint à guérir.

(*N° du 24 novembre 1845.*)

Septième réunion des savants d'Italie, tenue à Naples, du 20 septembre au 5 octobre 1845.

Le docteur FINELLA rapporte *Trois cas d'amaurose guéris par le galvanisme.* — On s'est indifféremment servi de la pile de Wollaston, perfectionnée per Faraday, en plaçant le zinc sur la conjonctive et le cuivre sur la langue, ou bien de la pile de Daniel, ou enfin de l'appareil de Bunsen joint à celui de Daniel. De ces faits et de ceux déjà publiés l'auteur croit pouvoir conclure :

1° Que le courant galvanique est utile dans les amauroses, et que le pôle négatif est plus avantageux que le positif ;

2° Que ce pôle ne détermine jamais d'opacité ni aucune autre altération de la cornée quelque intense que soit le courant ;

3° Qu'il ne provoque non plus aucun symtôme cérébral ;

4° Que le larmoiement indique un reste de sensibilité de la rétine et doit être regardé comme d'un bon augure.

Une discussion s'élève sur ce sujet. Le docteur MILILOTTI dit qu'il n'y a de curable que l'amaurose dite incomplète. Les vomitifs sont utiles dans cette circonstance. Le docteur CONTE dit que l'électricité a été employée sans succès à l'hôpital des incurables. Une commission est nommée pour examiner cette question.

(*La suite des travaux de ce congrès scientifique au prochain n°.*)

Revue des journaux américains.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Numéros de janvier et avril 1845.

Cas de fièvre congestive ; par Alexandre-H. PERKINS, M. D. de King Wm. en Virginie. —Les médecins américains désignent, sous le nom de fièvre congestive, une série de symptômes alarmants, et souvent suivis d'une mort prompte, qui se développent dans le cours des fièvres intermittentes ou rémittentes. Pour un certain nombre d'entre eux, fièvre congestive et fièvre rémittente sont absolument synonymes. C'est là un point de doctrine qui n'est qu'indiqué dans les traités de pathologie qui se publient à Paris, où il peut n'y avoir qu'une assez médiocre importance, vu la rareté des fièvres rémittentes sous notre latitude. Il n'en est plus de même pour les contrées méridionales, particulièrement pour nos possessions d'Afrique où les accès pernicieux déjouent si souvent, par la diversité de leurs formes, la sagacité des médecins. C'est à ce titre que nous appelons l'attention des praticiens sur la note suivante de M. Perkins.

L'auteur y dit d'abord que la fièvre congestive, qui n'était autrefois que très rarement observée en Virginie et seulement à l'état sporadique, ce qui la faisait souvent méconnaître, a pris ces dernières années un caractère endémique des plus alarmants. Sa marche était rapidement mortelle, comme celle des fièvres pernicieuses ; mais, comme elles aussi, elle cédait lorsqu'on administrait à temps le sulfate de quinine.

OBS. I. — Madame L..... éprouvait depuis plusieurs jours des exacerbations et des rémissions régulières avec quelques symptômes de congestion. Le 9 octobre, à onze heures, grande agitation, prostration extrême, face livide avec expression d'angoisse, extrémités froides, pouls fréquent, fai-

ble et très irrégulier ; soif vive. La malade se plaignait surtout de nausées et d'une sensation de chaleur à l'estomac depuis le commencement de l'attaque. On lui avait fait prendre une formule purgative au calomel et à la coloquinte ; on avait appliqué des vésicatoires à l'épigastre et aux extrémités. L'auteur lui fit donner un peu d'eau-de-vie étendue d'eau ainsi qu'un lavement d'eau fortement salée qui lui amena une évacuation abondante de matières noirâtres. Les nausées furent arrêtées ; le pouls reprit de la plénitude, les extrémités de la chaleur ; cependant la soif continua d'être ardente ; on la combattit avec de la glace. Vers le soir, retour de l'agitation ; pouls encore petit et irrégulier. Alors M. Perkins fit donner six fortes doses de quinine, une toutes les deux heures, dans le but d'amener une réaction considérable du côté du cerveau. On donna du calomel et de la coloquinte et des lavements purgatifs jusqu'à cessation des évacuations noirâtres. Le 10, il n'y avait pas beaucoup d'amélioration ; le pouls était agité, irrégulier, la soif vive. Il n'y avait point eu de réaction sur le cerveau, la quinine n'ayant été, par mégarde, administrée qu'à faible dose. L'auteur en fit prendre six grains à la malade sous ses yeux et ordonna qu'on répétât cette dose toutes les deux heures jusqu'à ce que la tête se prît. Il prescrivit aussi deux lavements purgatifs et même un plus grand nombre si les selles étaient encore noirâtres.—Le 11, il y eut une légère amélioration ; le pouls était meilleur ; un peu de moiteur au front ; la quinine avait excité de la réaction du côté du cerveau. L'auteur recommande de revenir à la quinine lorsque la réaction cérébrale aura en partie cessé ; lavements comme ci-dessus. Soupe.—Le 12, l'amélioration est plus évidente ; douce moiteur générale ; pouls plein et régulier ; ventre libre ; cerveau fortement impressionné par la quinine. On continue les jours suivants de faire prendre tous les jours vingt-quatre grains de quinine. Amélioration progressive, puis guérison complète.

Obs. II.— Le malade avait eu plusieurs fièvres avec exacerbations et rémissions régulières, comme cela s'observe dans la fièvre bilieuse rémittente de la localité habitée par M. Perkins. Le 22 août, à dix heures du matin, pouls faible, fréquent et irrégulier ; extrémités froides ; grande dyspnée ; malaise épigastrique intense. On prescrit de grands cataplasmes de moutarde aux régions cardiaque et épigastrique ; calomel et coloquinte ; lavement d'eau fortement salée ; dix grains de quinine toutes les heures et demie. La nuit du 22 au 23 s'est passée sans sommeil ; pas d'amélioration. Vésicatoire à l'épigastre ; continuation des autres moyens.—Le 24, il y a un peu d'amélioration dans le pouls, plénitude du système veineux ; le vésicatoire a bien pris ; moins d'angoisse à l'épigastre ; pas d'évacuation alvine ; la quinine n'a pas opéré sur le cerveau. Prescription ; huile de croton, 2 gouttes, calomel, 30 grains, à partager en deux doses dont l'une sera donnée au bout de quatre heures si la première n'a pas agi ; lavements purgatifs ; quinine aux mêmes doses que précédemment toutes les deux heures.—Le 25, plus de calme ; une seule évacuation alvine ; le pouls n'est pas beaucoup plus libre ; surdité causée par la quinine. Prescription : soda-powders ; lavement ; quinine aux mêmes doses toutes les trois heures après diminution de la réaction cérébrale.—Le 26, amélioration très notable ; peau chaude, douce et moite ; ventre libre ; plus d'angoisse stomacale ; la tête se ressent fortement de l'action de la quinine. L'amélioration continue tous les jours sous l'influence de cet agent administré toutefois à moindre dose que précédemmenlt.

Obs. III. Le 1er août M. Perkins fut appelé en consultation auprès de C.-H. B. qui éprouvait depuis neuf jours des attaques de fièvre congestive. Il en était, disait-il, à sa troisième *mauvaise fièvre*. Jusqu'à ce jour, il y avait eu des intermissions régulières ; mais alors le pouls était presque éteint, la peau froide, exhalant une sueur visqueuse ; mains glacées et donnant la même sensation que si le malade les eût retirées de l'eau froide ; expression générale anxieuse ; teint livide ; pas de dyspnée ni de nausées. On l'avait traité jusque-là par des purgatifs ; l'auteur prescrivit la quinine. Mais le médecin qui avait été appelé en même temps que lui n'était pas partisan des fortes doses et l'on n'en prescrivit que deux grains toutes les deux heures, avec dix gouttes de laudanum. On devait aussi donner par intervalles du camphre et de l'eau-de-vie ; cataplasmes sinapisés à l'estomac et aux extrémités ; lavements stimulants. Le malade ne retira aucun bénéfice de ces nombreux moyens et mourut au bout de douze heures.

D'après les observations précédentes, on voit que l'auteur n'a confiance que dans la *quinine à haute dose* lorsqu'il s'agit d'une fièvre congestive. Les autres moyens n'ont qu'une action secondaire. La quinine à petites doses n'a aucun effet. L'auteur a observé dans une multitude de cas que ce spécifique n'a d'action sur la maladie que par le cerveau et que ce n'est que lorsque celui-ci est pris que l'état du malade commence à s'améliorer. Chez le malade de l'observation II, il a fallu employer plusieurs centaines de grains de quinine pour produire de l'intoxication et jusque-là les intestins étaient sans action. M. Perkins est persuadé que l'on eût sauvé le malade de l'observation III si l'on eût administré hardiment le spécifique.

Ablation de dix-sept pouces de petits intestins ; guérison. Observation prise par A. Brigham, M. D., surintendant de l'asile des aliénés de l'Etat de New-York.—Une femme de 38 ans, atteinte de monomanie suicide, s'étant procuré des ciseaux, se fit deux plaies pénétrantes à l'abdomen, l'une au-dessus de l'om-

bilic, l'autre au-dessous. Saisissant ensuite l'intestin, elle le fit sortir par la première de ces ouvertures, et elle s'en était retranché une longueur de dix-sept pouces lorsqu'elle fut prise sur le fait et arrêtée, non sans peine. Le D. Buttoph, alors de garde, trouva l'intestin complètement détaché avec une partie du mésentère. Un des bouts était rentré dans la cavité abdominale; l'autre pendait en dehors. Considérant ce cas comme étant tout-à-fait au dessus des ressources de l'art, il fit rentrer dans le ventre le bout qui pendait au dehors, rapprocha avec soin les bords des plaies, les couvrit d'un emplâtre adhésif, entoura le bout d'un bandage de corps, fit prendre à la malade un lavement laudanisé et plaça un aide près d'elle. Il y eut un vomissement pendant le pansement, mais sans apparence de beaucoup de souffrances.

L'intestin détaché avait été découpé en plusieurs endroits; il contenait une petite quantité de fèces et pesait une once et un gros; le mésentère en était détaché et pesait une once deux gros. Les bouts de l'intestin étaient mâchés et découpés obliquement.

Les premiers jours la malade eut des nausées; elle ne pouvait garder que de l'eau et encore en très petite quantité. On lui faisait garder un repos absolu et on lui donnait des lavements de laudanum et de bouillon. Elle demanda ensuite des aliments par la bouche et les garda. Au bout de dix jours environ, elle s'informa si elle n'avait point besoin de prendre médecine. On lui rappela son accident en lui faisant sentir que ce n'était pas là le cas de lui en donner une. Elle ne paraissait pas, toutefois, goûter ces raisons.

Elle resta quelque temps dans le même état ou à peu près, tenue dans un calme parfait à l'aide de lavements laudanisés, mangeant un peu et à plusieurs reprises, vomissant parfois, mais sans aucun symptôme de péritonite. Le 26 novembre, trente-troisième jour de l'accident, elle rendit par les voies naturelles quelques fèces endurcies; le lendemain elle eut une évacuation beaucoup plus copieuse qui la soulagea beaucoup. Les plaies étaient cicatrisées, et elle ne tarda pas à pouvoir marcher. Les évacuations alvines se firent alors régulièrement, toutefois avec une tendance à la diarrhée que l'on combat actuellement encore par le laudanum.

Cette malade est maintenant assez bien guérie; seulement elle vomit lorsqu'elle mange trop. Elle est d'ailleurs toujours faible, maigre, comme avant son accident, mais dans un état de démence tranquille.

Quelques années auparavant, pendant une première attaque d'aliénation mentale, cette femme s'était déjà fait à deux différentes reprises avec un couteau une plaie pénétrante de l'abdomen, mais sans se léser l'intestin.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 novembre 1845.

Anévrysmes.—M. VELPEAU lit un rapport sur un travail de M. MONTROLE, médecin de l'hôpital de Langres. Ce travail renferme trois observations d'anévrysmes de petites artères, entre autres, de l'artère coronaire du cœur. — Conclusions : remercîments à l'auteur, renvoi de son travail au comité de publication, inscription de son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Productions piliformes. — M. ROCHOUX lit une petite note sur les productions piliformes de la langue. Selon lui, ces productions ne sont point des poils; car elles n'ont ni bulbe, ni la disposition tubuleuse des poils.

Séance publique annuelle du 25 novembre 1845.

La séance a été ouverte par la Notice historique sur *Chervin*, par M. Dubois (d'Amiens).

M. Jolly a lu un travail intitulé : De l'imitation considérée dans ses rapports avec la philosophie, la morale et la médecine.

M. le président a proclamé ensuite les noms des lauréats et lu le programme des prix pour 1847.

Enfin M. Pariset a lu l'Éloge de *Larrey*.

PRIX DE 1845.

L'Académie avait proposé pour sujets des prix de 1845 les questions suivantes :

Prix de l'Académie. — « Faire l'histoire de l'emphysème du poumon, établir les analogies et les différences entre cette affection et l'asthme. »—Ce prix est de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. »—Ce prix est de 1,200 fr.

L'Académie n'a pas donné ce prix. Elle a accordé un encouragement de 300 fr. à MM. Raciborski et Lartigue, auteurs du mémoire n° 4, et remis ce sujet au concours pour 1847.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet du prix de 1845: De l'hystérie.—Ce prix est de 1,200 fr.

L'Académie partage ce prix entre M. Brachet, de Lyon, auteur du mémoire n° 7, et M. Landouzy, médecin à Reims, auteur du mémoire n° 11. Elle accorde de plus une mention honorable à M. Emile Marchant, médecin à Sainte-Foy, auteur du mémoire n° 2, et une seconde mention honorable à M. Salvator de Renzi, docteur en médecine à Naples.

Prix d'Argenteuil.—Le nombre des concurrents n'a pas encore permis de juger le prix d'Argenteuil, échu le 22 septembre 1844, pour cette séance publique; il sera décerné dans le courant de 1845. Il s'élève à la somme de 10,430 fr. 50 c.

Prix pour la propagation de la vaccine. — M. le président proclame les noms des personnes qui ont mérité le prix, les quatre médailles d'or et les cent médailles d'argent que le gouvernement donne chaque année pour encourager la propagation de la vaccine (1).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1847.

Prix de l'Académie.—De l'influence comparative du régime animal et du régime végétal sur la constitution physique et le moral de l'homme.

Ce prix sera de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules.

MM. les concurrents devront traiter les deux parties de cette question en appuyant leurs conclusions sur des observations cliniques et des recherches d'anatomie pathologique éclairées par des investigations physiques et microscopiques.

Ce prix sera de 1,800 fr.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse,» l'Académie propose pour sujet de prix :

De l'asthme.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Les mémoires pour ces trois concours, dans les formes usitées et écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1847.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine.—Extrait du testament : « Je lègue à l'Académie royale de médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. °/o pour fonder un prix triennal de 3,000 fr. qui sera decerné au meilleur livre ou au meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée*; et, pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 mars 1843, sera décerné en 1846.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Extrait du testament : « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où, pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.»

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850 : sa valeur sera de 8,238 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie du* 1er *septembre* 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1846.

Prix de l'Académie. — Faire connaître la composition de la bile dans l'état physiologique; exposer les principales altérations dont ce liquide est susceptible, et les moyens chimiques de les connaître; indiquer les causes de ces altérations et les modifications morbides qu'elles peuvent exercer sur l'économie ; les moyens séméiologiques de les apprécier et le traitement qui leur convient.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Des altérations du système lymphatique dans le cancer.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Les concurrents auront à rechercher, par tous les moyens d'investigation connus, le rôle que joue le système lymphatique dans le cancer.

Ils étudieront l'état des vaisseaux et des ganglions lymphatiques à toutes les périodes des diverses espèces de cancer : dans les tumeurs cancéreuses ; dans le voisinage et au loin de ces tumeurs; autour des ulcères cancéreux, etc. Ils s'attacheront à éclairer le diagnostic des altérations cancéreuses du système lymphatique, et à signaler les causes qui favorisent le développement ou les progrès de ces altérations. Enfin ils déduiront de ces nouvelles études toutes les applications pratiques qu'elles pourront fournir.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse,» l'Académie propose pour sujet de prix :

Du suicide.

Ce prix sera de 1,200 fr.

Séance du 2 décembre.

M. Jules BÉCLARD lit un travail intitulé : Essai sur la méthode à suivre dans l'étude de la physiologie et de l'anatomie; influence de la température sur le développement de l'œuf humain.—Relativement à la seconde partie de son travail, il est arrivé à cette première conclusion que la température exerce une telle

(1) La liste en sera donnée dans le prochain n°.

influence sur le développement des tissus, qu'on peut, en la modifiant à divers degrés, développer, en quelque sorte, à volonté, tel ou tel système de l'économie. (Commissaires : MM. Longet et Adelon.)

Séance du 9 décembre.

M. LECANU lit, un rapport sur un mémoire adressé par un juge d'instruction de Bordeaux, relatif à la question de savoir si l'on peut distinguer le sang des menstrues de celui d'un avortement. M. le rapporteur conclut pour la négative.

—M. Velpeau lit, au nom de MM. Espiaud, Baffos et au sien, un rapport sur un mémoire lu à l'Académie par M. Jules Roux dans la séance du 30 septembre dernier, et ayant pour titre : *De l'hydarthrose scapulo-humérale et de son traitement par l'injection iodée.*

On sait que les opinions particulières de M. le rapporteur sont extrêmement favorables à la nouvelle méthode. Il propose, en conséquence, les conclusions suivantes : 1° renvoyer le mémoire au comité de publication ; 2° adresser à l'auteur une lettre de remercîments ; 3° inscrire son nom en rang honorable sur la liste des candidats aux places de correspondants.

Une discussion s'engage sur le rapport, particulièrement en ce qui concerne les injections iodées dans l'hydrocèle, comparée à l'injection vineuse. MM. Roux et Blandin s'élèvent contre la partialité que montre M. Velpeau pour son *enfant* thérapeutique, l'injection iodée. Ils ne voient pas qu'il y ait lieu à l'adopter.

M. Velpeau promet de répondre dans la séance suivante.

—M. GAULTIER DE CLAUBRY lit, en son nom et au nom de M. Rayer, un rapport sur un mémoire de M. CHARCELLAY-LAGARDE, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine de Tours. Ce mémoire est intitulé : Antagonisme de la phthisie, de la fièvre typhoïde et de la fièvre intermittente. Relevé statistique de clinique médicale concernant la question d'antagonisme entre la phthisie pulmonaire et les fièvres typhoïdes et intermittentes. — Le travail de l'auteur mène à cette conclusion que l'antagonisme entre les affections précitées n'existe pas.

M. le rapporteur propose, pour conclusions, d'écrire une lettre de remercîments à M. Charcellay, et de déposer son travail dans les archives pour y rester à la disposition des commissaires des épidémies et de topographie médicale.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 novembre 1845.

Système nerveux ganglionnaire.—M. BRACHET, de Lyon, adresse sur ce sujet un mémoire qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Le système nerveux ganglionnaire existe seul, ou presque seul, dans les classes inférieures.

2° A mesure que l'organisation s'élève et se complique, il s'y joint successivement les portions d'encéphale qui sont appelées à influencer ces organes nouveaux, cette vie de relation.

3° Le système nerveux cérébral s'ajoute en devant pour constituer le cerveau et le système nerveux ganglionnaire reste en arrière dans le ventre, comme on peut le voir, surtout dans les arachnides, chez lesquelles le ganglion ventral ou intestinal est si différent du ganglion cérébral.

4° Dans les animaux des classes élevées, le rôle des deux systèmes nerveux devient de plus en plus marqué et distinct, ainsi qu'il est constaté par les expériences directes et surtout par les écarts tératologiques, ainsi que par les phénomènes morbides.

—M. le docteur J. MOREAU adresse, pour le concours Montyon, son livre intitulé : *Du hachisch et de l'aliénation mentale.*

M. Moreau prétend, dans ce livre, être arrivé par le moyen du *hachisch* ou chanvre indien à étudier les phénomènes fondamentaux de la folie. On sait que cette susbtance est fort employée chez les Orientaux pour produire un état d'extase factice accompagné de visions et de sensations délicieuses.

Suc gastrique.—M. BOYER, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, propose de faire usage du suc gastrique : 1° pour dissoudre les séquestres osseux et les cals difformes, ainsi que le cancer encéphaloïde ; 2° pour neutraliser le venin de la vipère et les autres virus.

— M. LEMAITRE, de Rabodange, adresse une Note sur l'emploi de l'albumine dans l'empoisonnement par l'acide sulfurique.

Rage. — M. BELLANGER, de Senlis, envoie une communication sur cette maladie. Il prétend que la rage est un pur effet de l'imagination ; pour prouver sa conviction à cet égard, il offre de se laisser mordre par un chien enragé.

Séance du 24 novembre.

M. Serres présente une note intitulée : observation sur la transformation ganglionnaire des nerfs de la vie animale et de la vie organique ; par MM. MAHER, professeur d'anatomie et de physiologie, et Ed. PAYEN, chirurgien-major de la marine à Brest et chef des travaux anatomiques.—Cette observation est relative à un forçat du bagne de Brest, âgé de 26 ans, mort dans la salle des fiévreux de l'hôpital du bagne, à la suite d'une fièvre typhoïde. L'autopsie a révélé chez cet homme l'existence d'une transformation générale du système nerveux, semblable à celle que M. Serres a communiquée à l'Académie le 3 avril 1843. L'altération des nerfs a présenté deux formes différentes : ou bien ils offraient de distance en distance des renflements isolés très forts

qui leur donnaient l'aspect d'un chapelet, ou bien ces renflements agglomérés, emboîtés les uns dans les autres, envahissaient la totalité du nerf, et faisaient de celui-ci un énorme cordon à surface inégale, bosselée et anfractueuse. Dans ces dernières conditions se trouvaient les nerfs sciatique, crural, pneumogastrique, etc.; dans les premières, le grand sympathique et quelques nerfs de la vie de relation.

Séance du 8 décembre.

M. Flourens lit le résultat d'expériences qu'il a faites sur la résorption et la reproduction successive des têtes des os.

Le fait particulier que l'auteur cherche à expliquer ici est celui de l'écartement des têtes des os pendant l'accroissement de ces derniers en longueur.

Ses expériences l'ont conduit à conclure :

1° Que les têtes des os changent continuellement pendant l'accroissement des os en longueur ; 2° que le périoste résorbe l'os tout comme la membrane médullaire; 3° et (ce qu'il avait déjà prouvé par les précédentes expériences) que la membrane médullaire produit l'os tout comme le périoste.

Séance du 15 décembre.

M. Duvernoy fait hommage à l'Académie du tome VIII des *Leçons d'anatomie comparée*, comprenant les organes de la génération et des sécrétions, par Georges Cuvier et G.-L. Duvernoy, 2e édition. Il y ajoute une très longue notice sur le caractère scientifique de cette publication et sur la part qu'il a eue à la première et à la seconde publication.

Emploi de l'iode pour distinguer les plus petites taches arsenicales des taches antimoniales. —M. Lassaigne a imaginé un procédé qui consiste à exposer les taches d'arsenic ou d'antimoine à l'action de la petite quantité de vapeur que forme l'iode à la température de 12 à 15°C. Les taches arsenicales se colorent en jaune-brun pâle qui devient jaune-citron à l'air en moins de quelques minutes. L'exposition à l'air ou à une douce chaleur fait ensuite disparaître cette coloration. Les taches antimoniales, placées dans les mêmes conditions, se colorent en jaune-carmélite foncé qui passe à l'orangé au contact de l'air et ne se décolore pas ensuite. On obtient cette réaction qui se développe à la température ordinaire dans l'intervalle de 10 à 15 minutes, en renversant la capsule de porcelaine dans laquelle se trouvent les taches faites avec l'appareil de Marsh sur une soucoupe au milieu de laquelle on a placé une petite quantité d'iode sec en cristaux lamelleux.

—M. Magne envoie une Note sur un instrument destiné à rendre plus souple et plus facile l'orpération de la cataracte.

Chaulage des blés à l'arsenic et au sulfate de cuivre.—M. Girardin, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Rouen, a expérimenté ces deux modes de chaulage. Il a constaté que les blés chaulés par l'arsenic produisent des semences absolument dépourvues d'arsenic, tandis que le blé qui a été chaulé par le sulfate de cuivre donne des semences dans lesquelles il y a toujours des proportions très sensibles de ce métal.

NOUVELLES MÉDICALES.

Légion-d'Honneur. — Ont été nommés chevaliers : MM. Hyrtl, professeur de médecine à Vienne ; Maissiat, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Thibert, docteur en médecine à Paris; Valet, chirurgien-major de 2e classe au 2e hussards, et Varlet, chirurgien aide-major de 1re classe au 6e léger.

Musée d'anatomie comparée. — M. de Salvandy, ministre de l'instruction publique, dans la visite qu'il a faite au nouveau Musée de la Faculté de médecine de Paris, a témoigné le désir que la galerie qui lui est consacrée fût éclairée au gaz, et que la bibliothèque fût agrandie et ouverte aux élèves jusqu'à dix heures du soir.

— Le 12 mars 1846, un concours sera ouvert à l'hôpital de perfectionnement, à Paris, pour cinq emplois de professeur vacants dans les hôpitaux militaires d'instruction ci-après :

Hôpital de Metz. — Trois emplois pour la *médecine*, la *chirurgie* et la *pharmacie*. — Le premier cours comprend l'hygiène de l'homme de guerre et la médecine légale ; le deuxième cours, l'anatomie descriptive générale et la physiologie élémentaire; le troisième cours, la botanique et la préparation des médicaments.

Hôpital de Strasbourg. — Deux emplois pour la *médecine* et la *pharmacie*. — Le cours de médecine est le même que celui de Metz. Le cours de pharmacie comprend la chimie médicale, l'analyse, l'action des réactifs, la toxicologie, la physique médicale et la météorologie.

Un concours pour cinq emplois de médecin-adjoint aura également lieu à la même époque, à Paris.

— Par décision de la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur Sucquet a été nommé, à l'unanimité, préparateur du Musée d'anatomie de l'École.

Haute commission des études médicales.—MM. Serres, Bouillaud et Villeneuve, démissionnaires, pour les motifs que nous avons rapportés dans notre dernier n° (p. 255), sont remplacés par MM. Dubrueil, ancien doyen de la Faculté de Montpellier, Bégin et Rigal (de Gaillac).—Cette commission se réunit cinq fois par semaine à l'École de médecine, les mardi, jeudi, vendredi, samedi et dimanche, sous la présidence de M. le ministre de l'instruction publique. La première réunion a eu lieu le 16 décembre. La commission poursuit ses travaux avec activité. Elle a

voté le maintien du concours, malgré une vive opposition de la part de plusieurs membres influents.

— M. Orfila vient d'être nommé membre de la section de l'état et du perfectionnement des études et président des sections réunies de l'administration et de la police des écoles et des affaires du sceau.

— M. Bouillaud, membre de la Chambre des députés, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé conseiller ordinaire de l'Université.

Séance de rentrée de l'École de pharmacie et de la Société de pharmacie de Paris. Prix décernés et proposés. — Dans cette solennité, M. Bussy, directeur de l'École de pharmacie, a prononcé un discours remarquable dans lequel il s'est occupé de la tendance qu'ont les esprits mécontents des institutions actuelles à revenir aux institutions anciennes. En ce qui concerne la médecine, nous avons noté le fait suivant, qui prouve jusqu'où allait l'esprit de coterie dans l'ancienne Faculté de médecine. Il s'agit de Fourcroy.

« Le père de cet homme éminent, qui exerçait la pharmacie à Paris, ayant été ruiné par un procès soutenu contre la corporation des apothicaires de cette ville, Fourcroy se trouva sans ressources, obligé, pour vivre, d'enseigner à écrire à des enfants. Cependant son goût pour les sciences l'avait entraîné vers la médecine. A la fin de ses études, ne pouvant réunir la somme nécessaire pour sa réception, qui s'élevait à plus de 6,000 fr., il résolut de concourir pour obtenir ses licences gratuites. C'était une sorte de prix, fondé par le docteur Diest, en faveur de l'étudiant qui mériterait le mieux.

Le savoir de Fourcroy le plaça incontestablement en première ligne; mais il était l'élève et l'ami de Vicq-d'Azyr, et ce dernier passait pour être hostile à la Faculté; il n'en fallut pas davantage pour faire rejeter son protégé, et l'un des hommes qui ont fait le plus d'honneur à la médecine, celui qui, dans ces derniers temps, en a restauré l'enseignement, aurait été privé pour jamais du titre de médecin, si par un esprit de parti contraire, mais plus noble, la société dont Vicq-d'Azyr était le secrétaire n'eût fait une collecte pour lui avancer les frais de sa réception.

Il fallut donc le recevoir docteur. Mais il y avait encore au-dessus du simple doctorat le grade de docteur régent; celui-là ne dépendait que des suffrages de la Faculté; il fut refusé à Fourcroy d'une voix unanime, ce qui l'empêcha, dans la suite, d'enseigner aux écoles de médecine, et donna à cette compagnie le triste agrément de ne point avoir dans ses registres le nom d'un des plus grands professeurs de l'Europe. »

Le prix sur les teintures alcooliques a été obtenu par M. Jacques Personne, préparateur à l'École de pharmacie.

La Société de pharmacie propose comme sujet d'un prix à décerner en 1847 :

1° Faire l'analyse du séné; reconnaître et déterminer le principe auquel il doit sa propriété purgative;

2° Comparer chimiquement, sous le rapport de la quantité du principe purgatif, les différentes espèces de feuilles et de follicules du séné du commerce.

Le prix sera une médaille d'or de 500 fr. Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être envoyés, avant le 1er août 1847 et francs de port, à M. Soubeiran, secrétaire général, rue de l'Arbalète, 13, à Paris.

Faculté de médecine de Montpellier. — A la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Montpellier, quatre prix et une mention honorable ont été accordés aux auteurs des meilleures thèses.

Prix pour les sciences médicales. — M. A. Souty, auteur de la thèse n° 73 intitulée : Considérations sur les maladies des Européens dans les climats chauds et spécialement sur la dysenterie, l'hépatite et la fièvre jaune.

Prix pour les sciences chirurgicales. — M. A. Dubreuilh, auteur de la thèse n° 34 : De la névrite; coup d'œil historique et recherches expérimentales sur cette maladie.

Prix pour les sciences anatomiques et physiologiques. — M. M.-A. Courty, auteur de la thèse n° 68 : De l'œuf et de son développement dans l'espèce humaine.

M. de Comeiras, auteur de la thèse n° 56 : Topographie médicale de l'Archipel, a obtenu une mention honorable.

Prix proposés dans la séance du 1er juillet dernier. — La Société médico-chirurgicale de Montpellier a mis au concours la question suivante :

« Recherches sur la nature et le traitement de la chorée. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 fr.

Les mémoires devront être adressés, avant le 15 juin 1846, à M. le docteur Rodrigue, rue Aiguillerie, 20, à Montpellier.

Société royale de médecine de Marseille. — Cette Société avait mis au concours la question suivante :

« Déterminer, d'après l'expérience et l'observation, quel est le pouvoir de la nature dans le traitement des maladies aigües, et quel est celui de l'art dans la guérison des maladies chroniques. »

Le prix, qui était une médaille d'or de 400 fr., a été décerné en séance publique, le 16 novembre, à M. Joseph-Casimir Smith de Varsovie, réfugié polonais, résidant à Benfeld (Bas-Rhin); une première mention honorable, à M. Charles Gérard de Gray (Haute-Saône), une deuxième à M. Gaillard, professeur à l'École de médecine de Poitiers.

La Société propose la question suivante :

« Des ressources que la flore médicale indigène présente aux médecins des campagnes. »

Les concurrents devront s'attacher particulièrement à signaler les propriétés peu connues et cependant bien constatées par leur

expérience ou par l'expérience populaire des diverses plantes sur l'emploi desquelles ils appelleront l'attention des praticiens.

Ils n'oublieront pas d'indiquer les noms vulgaires, en même temps que les noms scientifiques de ces plantes, et les localités où elles croissent.

Les mémoires devont être envoyés au docteur Beuil, secrétaire-général de la Société, rue du Bargnoir, 32, avant le premier juillet 1847, terme de rigueur.

Le prix sera une médaille d'or de 300 fr.

—La Société de médecine de Gand propose un prix de 600 fr. pour la solution de la question suivante :

« Donner l'histoire de la pomme de terre et ses différents rapports avec les sciences médicales. »

Par cette question, la Société désire connaître les diverses transformations que la pomme de terre peut subir par la culture ; l'influence de ce tubercule comme aliment ; ses rapports avec l'hygiène publique ; les altérations dont il peut être atteint et les maladies auxquelles ces mêmes altérations peuvent donner lieu, tant chez l'homme que chez les animaux domestiques,

Les membres résidents de la Société sont exclus du concours.

Les réponses, écrites en français, en flamand ou en latin, doivent être remises avant le 31 décembre 1846, franches de port et dans les formes académiques généralement en usage, au secrétariat de la Société, rue des Charretiers, à Gand.

PROGRAMME DES QUESTIONS PROPOSÉES PAR L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Première question. « Décrire l'état puerpéral, et éclairer, par des faits, la nature et le traitement des maladies auxquelles cet état prédispose. »

Prix : une médaille d'or de 500 fr.

Deuxième question. « Indiquer les mesures et les précautions à prendre pour la conservation de la santé des détenus dans les maisons pénitentiaires soumises au régime de la séparation complète. »

L'Académie recommande aux concurrents de n'apporter à l'appui de leurs opinions que des faits puisés aux meilleures sources.

Prix : une médaille d'or de 300 fr.

Un arrêté royale du 20 novembre 1844, rendu sur la proposition de M. le ministre de la justice, élève le prix de la médaille à la somme de 800 fr.

Troisième question. « Donner la structure anatomique comparée de l'utérus chez les femelles des animaux quadrupèdes ; décrire avec précision les modifications que les corps de Gaertner subissent aux différents âges de la vie et dans l'état de gestation, chez les animaux qui sont pourvus de cet appareil organique; et enfin indiquer le rôle que cet appareil remplit dans l'économie animale. »

Prix : une médaille d'or de 300 fr.

Quatrième question. « Faire une exposition méthodique et une appréciation raisonnée des applications que, depuis le commencement de ce siècle, on a faites de la physique et de la chimie à la médecine tant théorique que pratique. »

L'Académie entend que toutes les applications de la physique et de la chimie, faites depuis le commencement du dix-neuvième siècle, à la médecine, prise dans son acception la plus étendue (physiologie, pathologie, thérapeutique, hygiène, médecine publique), soient tout à la fois indiquées, exposées et soumises à une appréciation raisonnée.

Prix : une médaille d'or de 1,000 fr.

Les mémoires en réponse à ces questions devront être écrits en latin ou en français.

II.—Concours de 1845-1846.

« Faire connaître les effets du sel commun, tant comme moyen d'améliorer et de conserver les fourrages que comme moyen préservatif contre les maladies des animaux herbivores servant à l'agriculture ; indiquer la quantité qu'on peut donner de ce sel à chaque animal, eu égard à l'espèce à laquelle il appartient, à sa destination, à son âge, à son tempérament, à l'état de sa santé, à la localité qu'il habite, et aux autres conditions hygiéniques plus ou moins favorables dans lesquelles il peut se trouver ; établir quels sont les meilleurs modes d'administration du même sel, soit à titre de condiment, soit pour le faire servir à la conservation des matières alimentaires, et enfin signaler les accidents ou les maladies qui pourraient résulter de son usage à trop fortes doses. »

Les mémoires en réponse à cette question doivent être écrits en français, en flamand ou en latin, dans un style simple et concis, et sous forme d'instruction populaire à la portée des agriculteurs, basée principalement sur les faits et sur les expériences qui ont été publiés sur la matière par les vétérinaires et les agronomes des différents pays.

Prix : une medaille d'or de 600 fr.

III.—Concours de 1845-1847.

Première question. « Faites connaître l'influence que les marais et les *polders* exercent, spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie ; indiquez les moyens de neutraliser cette influence, en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène tant publiques que privées. »

Prix : une médaille d'or de 1,200 fr.

Deuxième question. « Déterminer, par des expériences, les modifications qu'éprouvent l'albumine animale, la fibrine, le sucre, la fécule et la gomme dans le canal digestif ;

« Examiner sous quelle forme ces matières sont absorbées, et comment elles se comportent avant et lors de la conversion du chyle en sang. »

L'Académie désire que ce travail soit accompagné d'une série d'analyses quantitatives

des substances provenant des modifications ci-dessus indiquées. »

Prix : une médaille d'or de 800 fr.

Troisième question. « Etablir une théorie de la chylose, de la lymphose et de l'hématose, au point de vue des analogies que ces trois actes organiques peuvent présenter;

» Faire connaître les transformations que le chyle, la lymphe et le sang subissent, et leurs usages définitifs dans l'économie. »

Prix : une médaille d'or de 1,000 fr.

Quatrième question. « Enumérer les divers traitements qui ont été successivement proposés dans les fractures des extrémités; faire ressortir leurs avantagés relatifs, et indiquer quels sont les traitements qui doivent obtenir aujourd'hui la préférence. »

Prix : une médaille d'or de 600 fr.

Cinquième question. « Faire un examen approfondi de la constitution chimique des corps gras employés en médecine; exposer leurs caractères distinctifs, leurs altérations spontanées, et les moyens de reconnaître leurs falsifications. »

Prix : une médaille d'or de 500 fr.

Les mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français.

La remise des mémoires devra avoir lieu, savoir :

Pour les questions du premier programme, avant le 1er avril 1846 ; pour celles du second, avant le 1er juin de la même année, et pour celles du troisième programme, avant le 1er avril 1847.

Les mémoires manuscrits seront seuls admis au concours ; ils devront être adressés, francs de port, à M. le docteur Sauveur, secrétaire à l'Académie, rue du Bois-Sauvage, n° 2, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leur nom à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répèteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître, de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus des concours ;

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les jugements portés sur les mémoires seront respectivement publiés dans les séances publiques de 1846 et de 1847 ;

3° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses Mémoires;

4° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant sera fixé par le bureau d'administration.

Bruxelles, le 26 octobre 1845.

Le secrétaire de l'Académie, D. SAUVEUR.

Tribunal correctionnel de la Seine.

Présidence de M Perrot.

Audience des 2 et 16 décembre 1845.

Les médecins et chirurgiens-dentistes contre les dentistes non porteurs de diplômes.

La loi du 19 ventôse an XI, qui règlemente les différentes branches de l'art de guérir, est-elle applicable à la profession de dentiste ?

Oui.

MM. Audibrand, Régnard, Toirac et Rossi, médecins ou chirurgiens-dentistes, ont actionné devant la 6e chambre MM. Williams Rogers, Paul Simon, Aimé et Eugène Rubeck, comme s'étant livrés à une partie de l'art de guérir sans être pourvus des diplômes exigés par la loi du 19 ventôse an XI.—Voici le texte du jugement rendu par le tribunal :

« Attendu que la loi du 19 ventôse an XI est intervenue pour organiser et réglementer l'art de guérir ;

» Attendu que les dentistes ne sont pas littéralement nommés dans cette loi ; que, d'autre part, l'ancienne législation qui les soumettait à des conditions spéciales n'existe plus;

» Attendu que la question est de savoir si chacun peut sans études et sans titre exercer l'art du dentiste;

» Attendu que la loi du 19 ventôse an XI est générale ; qu'elle comprend sous une même dénomination tous ceux qui exercent une branche quelconque de l'art de guérir ;

» Que si l'on veut aller plus loin, dans une susceptibilité assez naturelle, quand il s'agit de l'application d'une loi pénale;

» Attendu que la loi, en nommant les médecins, les chirurgiens et les officiers de santé, n'a pas entendu se servir d'expressions purement abstraites, mais a voulu comprendre tous ceux qui exercent *in extenso* ou en partie l'art de guérir ;

» Qu'ainsi se dire dentiste, c'est se dire médecin-dentiste ou chirurgien-dentiste ; comme se dire oculiste, c'est se dire médecin-oculiste ou chirurgien-oculiste ;

» Que dès lors il est vrai de dire que les dentistes sont nommément compris dans la loi du 19 ventôse an XI ;

» Que le décider ainsi c'est se conformer d'ailleurs aux besoins de l'humanité, car l'art du dentiste tient à la fois à la médecine et à la chirurgie ;

» Mais, attendu qu'il n'est pas établi que les dentistes poursuivis aient pris la qualité de docteurs en médecine ou en chirurgie, et que les peines correctionnelles prononcées contre ceux qui usurpent ces qualités ne leur sont pas applicables ;

» Attendu, toutefois, qu'il y a dans la loi une prohibition d'exercer l'art de guérir, prohibition dont la sanction naturelle est une peine ;

» Vu l'article 35 de la loi du 19 ventôse an XI,

» Condamne chacun des prévenus à 15 fr. d'amende, et les condamne tous solidairement aux dépens. »

VARIÉTÉS.

Funérailles de Bichat.

Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre résumé des délibérations du Congrès, les représentants de la France médicale ont couronné leurs travaux par une manifestation solennelle et touchante en l'honneur de Bichat. Le 16 novembre, à huit heures du matin, la commission permanente du Congrès, chargée de présider à la translation des restes du grand anatomiste, s'est rendue à l'ancien cimetière Sainte-Catherine, près l'amphithéâtre de Clamart. Une pierre tumulaire élevée par la *Société d'instruction médicale* à son fondateur, quelques vases de fleurs, témoignage plus récent d'un culte pieux, indiquaient l'emplacement modeste où, depuis quarante trois ans, reposait Xavier Bichat! Les fouilles commencées aussitôt ont amené, vers dix heures, la découverte d'un squelette parfaitement conservé, mais incomplet. La tête, dont M. Roux était devenu possesseur trois ans après la mort de Bichat, fut remise par lui avec les indications propres à établir l'identité de ces précieux restes. On déposa le tout dans un cercueil de chêne après procès-verbal préalable dressé en présence de M. le commissaire de police délégué par M. le préfet, du frère et des neveux de Bichat, et signé par tous les membres de la commission.

Le cercueil placé sur un char funèbre fut immédiatement transporté dans l'église Notre-Dame. Il était alors midi.

Après la cérémonie religieuse, dans laquelle on a entendu les chants exécutés lors des funérailles de M. le duc d'Orléans, le cortége a commencé à se dérouler. En avant, douze tambours voilés; un corps de musique militaire; la voiture du clergé; le char, couvert de guirlandes de laurier et d'immortelle. Les coins du poêle étaient tenus par M. Serres, président du Congrès; M. Rigal (de Gaillac), représentant les délégués des départements; M. Caventou, président de l'Académie de médecine; M. le professeur Roux, membre de la commission; M. Gilette, président de la Société médicale d'émulation, fondée par Bichat; M. le docteur Beau, délégué du département de l'Ain. Venaient ensuite la famille de Bichat, les membres de la commission permanente du Congrès, des membres de l'Institut, de l'Académie et de la Faculté de médecine; puis suivaient en foule les médecins de Paris, ceux des provinces membres du Congrès et les élèves des écoles. Parmi quelques notabilités étrangères à la médecine, nous avons remarqué M. le préfet de la Seine et M. Dupin aîné.

Cet immense cortége, après avoir suivi, dans un recueillement religieux, les quais, les places du Louvre et des Victoires, la rue Montmartre et les boulevards, est arrivé à quatre heures au cimetière du Père-Lachaise, laissant sur son passage une population étonnée d'un hommage qui ressemblait plutôt à une apothéose qu'à des funérailles.

Des discours ont été prononcés sur la nouvelle tombe de Bichat par M. Serres, M. Gilette, M. Rigal (de Gaillac), M. Souberbielle, le doyen des chirurgiens français; M. Roux, ancien élève et ami de Bichat; MM. Beau et Tournié, ses compatriotes; et M. Leblanc, vétérinaire. Nous nous bornerons à donner celui de M. Roux.

Messieurs,

On a désiré qu'une seconde fois, après plus de quarante années passées, je prononçasse encore quelques paroles près du cercueil qui renferme les restes depuis si longtemps inanimés de notre Bichat. Je n'ai point décliné cet honneur, tout en sentant qu'à quelques égards la tâche eût été mieux remplie par d'autres que par moi; je l'aurais réclamé, au contraire, heureux de pouvoir, au milieu de l'élite du corps médical de la France, et dans la solennité imposante qui nous rassemble, exprimer toute mon admiration, toute ma reconnaissance pour Bichat, qui fut mon premier maître chéri, qui daigna m'associer à ses travaux, qui m'honora de son amitié, à qui j'ai toujours rapporté le peu que je vaux, le peu que j'ai pu faire, et que j'ai toujours cherché à prendre pour modèle dans ce que les hommes ont qu'on puisse imiter.

Mes premières paroles doivent être : grâces soient rendues aux dignes représentants de la France médicale qui, réunis en congrès, ont voulu couronner leurs travaux par une grande manifestation en faveur du plus grand physiologiste dont nous puissions nous honorer; grâces leur soient rendues pour s'être associés à un vœu depuis longtemps formé parmi les amis de la science, et pour avoir, par leurs soins, hâté le moment où les dépouilles mortelles de Bichat reçoivent une nouvelle sépulture. Ces dépouilles, elles gisaient dans une terre que lui-même, et pour les travaux qui l'ont tant illustré, avait tant de fois foulée; non loin, il est vrai, de celles de Desault, dont il avait été l'élève privilégié et le sincère admirateur : un lieu maintenant abandonné, et qu'il avait tant de fois parcouru, les renfermait depuis bientôt un demi-siècle; elles vont prendre place à côté de celles d'un si grand nombre d'hommes qui, dans les arts, dans les sciences, sur les champs de bataille et dans la carrière politique, qui a aussi ses génies et peut enfanter des héros, ont le plus honoré notre patrie.

Bientôt aussi, il faut l'espérer du moins, nous viendrons déposer sur cette tombe et inaugurer encore une fois l'œuvre de David, le monument de ce grand artiste, qui, déjà élevé à Bourg, chef-lieu du département de l'Ain, rappellera à la postérité que Bichat naquit dans cette partie de la France. Alors, et seulement alors, ce sera chose convenable d'exposer de nou-

veau ses titres à l'immortalité ; de dire quelle a été la portée de son génie, quel caractère ses travaux ont imprimé à la science depuis le commencement de ce siècle, quelle influence ils ont eue sur ses progrès. Des bouches plus éloquentes que la mienne, des esprits plus transcendants, auront à reproduire les pensées déjà si bien exprimées dans une autre circonstance par nos confrères MM. Pariset, Royer-Collard et Hippolyte Larrey. Que sais-je, alors réclamerai-je et m'accordera-t-on la faveur de faire entendre ma faible voix? Ce sera un devoir pour moi de tresser à ma manière, et comme je la comprends, la couronne scientifique de Bichat, et de remplir une tâche qu'à mon grand regret je me suis trouvé contraint d'abandonner, lorsqu'il y a deux ans et demi je l'avais acceptée avec tant de plaisir.

Mais ici, messieurs, à l'issue d'une cérémonie tout empreinte d'un caractère religieux, lorsque la présence même d'un cercueil enlevé depuis quelques instants à la terre pour lui être confié de nouveau reporte ma pensée vers ce moment si douloureux où Bichat termina prématurément sa carrière; où, dans le lieu même dont nous sortons, une foule innombrable, comme celle qui m'entoure aujourd'hui, de maîtres et d'élèves assistait à ses obsèques et se montrait si consternée, combien serait déplacé un éloge en quelque sorte académique, voire même une simple appréciation des éminents services que, pendant sa courte apparition dans ce monde, Bichat a rendus aux sciences médicales! Eussé-je voulu entreprendre de nouveau ce que d'autres ont déjà fait avec bonheur, le temps m'aurait manqué. A peine quelques jours se sont écoulés depuis qu'a été décidée, arrêtée, préparée la cérémonie qui nous rassemble. Il fallait que le Congrès médical pût ajouter par sa présence à l'éclat, à la grandeur, au caractère de sincérité de ce nouvel honneur rendu aux mânes de Bichat. Jamais peut-être manifestation publique n'a eu lieu ou ne se fera au milieu et par le concours d'un plus grand nombre d'hommes éclairés. On dira qu'elle a été digne de celui qui en était l'objet.

Et d'ailleurs, messieurs, que pourrai-je dire de la vie scientifique de Bichat, dont vos esprits ne soient déjà depuis longtemps pénétrés? Faudrait-il vous rappeler la précocité et la prodigieuse fécondité de son intelligence? Vous le savez, il avait vingt-cinq ans à peine quand, pour rendre hommage à la mémoire de Desault, il rassembla en corps d'ouvrage, sur les maladies des voix urinaires d'abord, puis sur l'ensemble des maladies chirurgicales, les éléments épars de la doctrine et de la pratique de ce grand chirurgien ; et telle était son étonnante aptitude à méditer avec fruit sur des objets très divers, que, s'étant à peine occupé de chirurgie, il a introduit dans cette partie de la science des procédés nouveaux et des aperçus ingénieux que le temps a consacrés. Puis, quittant ce champ trop étroit pour son génie, et prenant l'anatomie et la physiologie considérées en elles-mêmes et sous le rapport de leurs applications pour objet spécial de ses méditations et de ses recherches, en moins de six années il a doté la science de ce beau traité des membranes, qui a été comme le préambule ou le frontispice de son anatomie générale ; de ses recherches sur la vie et la mort, si riches d'expérience et de faits, et qui sont comme toute une physiologie nouvelle; de cette anatomie générale, où l'organisation de l'homme est considérée sous un point de vue si nouveau, et la plus grande partie de son anatomie descriptive. Une telle fécondité, une fécondité si précoce, c'est déjà presque le génie; et Bichat mourant lorsqu'il avait à peine atteint son sixième lustre ne justifia-t-il pas ce qu'a dit quelque part Montaigne, qu'un homme à trente ans doit avoir montré, comme l'ont fait Descartes, Pascal, Newton, tout ce qu'il peut être un jour?

Aurais-je eu besoin de proclamer devant vous la haute estime acquise à ses travaux? Qui de vous n'en connaît toute la valeur, toute l'importance? Je le dirai toutefois : soit que telle doive être la destinée de certains hommes, comme de certaines choses, soit que des intérêts présents et des ambitions vivantes aient enchaîné quelque peu l'élan général, Bichat ne fut peut-être pas prisé autant de son vivant qu'il l'a été depuis sa mort. C'est à nous surtout, c'est à la France qu'il faut reprocher d'avoir été quelque peu tardive dans la juste appréciation de la haute puissance intellectuelle dont Bichat avait été doté par la nature. Des étrangers ont été plus prompts à pressentir jusqu'où il était capable de s'élever; et l'on sait qu'un des derniers grands disciples de l'École de Leyde, le célèbre Sandifort, disait à l'un de nos compatriotes en parlant de Bichat, qui vivait encore : « Dans dix ans, votre » Bichat aura dépassé notre Boerhaave. »

Et n'y aurait il pas quelque témérité de ma part, tout imbu que j'ai été des grandes vues anatomiques et physiologiques de Bichat, tout nourri, tout plein que je suis encore de ses principes, de ses doctrines, à les juger, à faire ici le départ de ce qu'elles ont de positif, de ce qu'elles ont au contraire de hasardé et d'incertain! Mais j'aurais été très certainement votre interprète fidèle, ma pensée n'aurait fait que reproduire les vôtres, si j'avais dit : Oui, en physiologie, Bichat a su, comme il avait la la volonté de le faire, allier la méthode expérimentale de Haller et de Spallanzani avec les vues grandes et philosophique de Bordeu ; oui, en anatomie pathologique, il a marché heureusement sur les traces de Morgagni, et rassemblé des matériaux pour ceux qui ont ensuite systématisé et Bayle et Laennec et Dupuytren ; oui, Bichat a pénétré, plus que personne ne l'avait fait avant lui, dans les profondeurs de notre organisation. Les belles analyses anatomiques qui ont donné naissance à l'anatomie générale sont devenues comme un des fondements de la médecine de nos jours ; partout celle-ci en est empreinte, et ce n'est pas seulement dans nos écoles, c'est dans toutes celles de l'Ancien comme du Nouveau-Monde

que les grandes vues de Bichat en anatomie sont consacrées et professées. Et peut-être me serais-je laissé aller à dire que ses vues sur le principe de la vie et sur les propriétés qu'il en fait émaner, et qui, suivant lui, n'en sont que des manières d'être diverses, loin d'être comme aucuns le pensent aujourd'hui un ensemble de suppositions stériles et d'hypothèses gratuites, semblent renfermer au contraire la vraie solution de cette grande et importante question : la vie est-elle un principe et le grand moteur de l'organisation, ou n'est-elle au contraire qu'une conséquence de celle-ci ?

Permettez-moi plutôt, messieurs, de considérer Bichat sous un autre point de vue. On s'est beaucoup occupé de l'homme de génie, du savant, du professeur profond. On n'a point assez parlé de l'homme lui-même. On ne sait pas de quelle perfection morale la nature l'avait doué. Qui mieux que moi peut vous le faire connaître? Et combien je jouis de pouvoir vous communiquer tous les souvenirs relatifs à Bichat, qui tant de fois ont occupé ma pensée, et qui ont fait en partie le charme de ma vie?

J'avais dix-huit ans quand j'assistai pour la première fois à ses leçons; j'en avais vingt-deux et demi lorsqu'il mourut. Pendant le laps intermédiaire à ces deux époques, je ne quittai pas Bichat un seul jour; sa dernière leçon sur un point de matière médicale, je l'ai entendue, je me la rappelle encore. Je n'avais encore que de faibles notions en anatomie, acquises près de lui, lorsqu'il me proposa de remplacer, pour la préparation de ses leçons et pour la surveillance de son amphithéâtre d'anatomie, un de mes compatriotes, M. Hay, par qui je lui avais été recommandé et qui devait s'éloigner de Paris provisoirement. Bientôt il me chargea de répéter aux élèves moins avancés que moi la leçon de chaque jour. Puis je l'aidais dans toutes les expériences qu'il faisait. Plus tard, et devenu familiarisé autant que cela pouvait être avec sa manière de considérer les choses en anatomie, je concourus à la rédaction de son anatomie descriptive.

Cette tâche, je la partageai avec son parent Buisson, qui lui-même, plus tard, a concouru avec moi à la rédaction des deux derniers volumes de ce grand ouvrage; et quand vint le coup fatal par lequel il nous fut enlevé, c'est dans nos bras et dans ceux d'un autre de ses élèves qui n'est plus, Esparrons, que s'est éteinte cette grande lumiere dont le temps n'a fait que rehausser l'éclat. Et durant ces cinq années de relations non interrompues et en quelque sorte de vie commune, que d'épanchements entre nous! que d'occasions ne m'ont pas été offertes d'apprécier la belle âme de Bichat et son beau caractère! Que de fois j'ai reçu la confidence de ses pensées, soit au milieu de nos occupations les plus sérieuses, soit lorsque, malgré la différence d'âge qui existait entre nous et oubliant la distance qui séparait le maître du disciple, il me faisait partager jusqu'aux doux amusements et aux paisibles distractions par lesquels son esprit se détendait complètement pour se préparer à de nouvelles méditations!

Oui, quoi qu'on ait dit après sa mort, elles étaient paisibles et honnêtes, elles étaient modérées, les distractions que prenait Bichat, encore si jeune, encore à cet âge où la passion de l'étude et les labeurs du génie ne mettent pas toujours un frein absolu à des penchants désordonnés. Bichat ne connut d'autres excès que ceux du travail. Avec un autre genre de vie, il aurait affligé le cœur d'une autre mère qui s'occupait incessamment de ses besoins : son respect était trop grand pour la veuve de son ancien maître, pour madame Desault, qu'il n'avait pas quittée, dont il partageait la demeure et la vie domestique, et qui recueillit son dernier soupir.

Bien que l'orgueil et la présomption ne soient jamais excusables, on les tolère, on les comprend jusqu'à un certain point chez les hommes supérieurs Ces sentiments, contre lesquels il est peut-être bien difficile de se prémunir, ils étaient complètement étrangers à Bichat. Jamais il ne parlait de lui. Il s'occupait à peine du sort d'un ouvrage qu'il avait terminé, de l'impression que cet ouvrage avait pu faire naître, et quand en sa présence des conversations s'engageaient à ce sujet, avec quelle bonhomie, quelle urbanité il entendait les observations critiques qui lui étaient présentées! avec quelle simplicité il défendait ses vues, ses opinions! Et pourtant il avait la confiance de ses forces; mais il fallait la deviner; du moins la voyait-on percer dans les communications intimes, au milieu d'un entretien plaisant et sans objet, plutôt qu'elle n'éclatait au grand jour ou dans de graves circonstances. « J'irai loin, je crois, » me dit-il un jour. Nous étions en tête-à-tête; c'est là seule fois que dans nos si longs rapports de telles paroles soient sorties de sa bouche.

A l'époque où vivait Bichat, époque qui fut si féconde en hommes remarquables et en grandes choses, il n'y avait point cette ardeur à faire parler de soi; on ne connaissait guère non plus, j'en conviens, cet amour pour la polémique scientifique, qui imprime à notre temps, il faut le dire, un triste caractère. Les hommes travaillaient pour la science bien plus que dans leur intérêt personnel et sans songer beaucoup à la fortune. En eût-il été autrement, Bichat serait resté pur de tout sentiment haineux, de tout penchant à la récrimination. La preuve en est dans sa belle conduite lors d'une critique qui fut faite de son *Traité des membranes*; c'était la critique la plus acerbe, la plus injuste, j'ai presque dit la plus injurieuse, la plus malintentionnée : elle s'adressait à Bichat lui-même presque autant qu'à son livre, et cependant l'auteur de cette critique, qui excita l'indignation générale, avait avec Bichat des relations scientifiques; il en avait reçu des témoignages d'amitié; tous deux étaient originaires du même département, un était de Belley, l'autre de Poncin, et cet aristarque si sévère, si injuste, était l'auteur des *Nouveaux éléments de physiologie*, qui, à chaque édition

nouvelle, se sont agrandis et jusqu'à un certain point perfectionnés ou enrichis, mais silencieusement, de tout ce que Bichat avait introduit de nouveau dans la science.

Bichat se tait, ne se plaint en aucune manière de cette agression qu'il ne prévoyait pas, de cet oubli des saints devoirs de l'amitié ; il prépare ses recherches physiologiques sur la vie et la mort, attend la publication de cet ouvrage, et, pour toute vengeance ou pour toute réponse à ce qui avait été écrit contre lui, consigne dans la préface ces belles et simples paroles qu'on lit encore sans doute maintenant sans en bien saisir le sens et l'application:

« J'ai reproduit avec beaucoup d'extension quelques divisions déjà énoncées dans mon *Traité des membranes*, et je les ai reproduites comme étant de moi, quoiqu'on les ait attribuées à Buffon, à Bordeu, à Grimaud. Ces auteurs sont si connus que j'ai cru inutile de relever l'inexactitude des citations critiques. C'est ainsi que je n'ai point essayé de dissiper des doutes mis en avant sur quelques faits anatomiques que j'ai publiés. Je renvoie à l'inspection cadavérique ceux à qui on a fait naître ces doutes. Quant à ceux qui les ont fait naître, cette inspection leur est inutile : ils ne peuvent avoir oublié que j'ai disséqué avec eux et que je leur ai montré ce qu'ils me reprochent de croire avoir trouvé et de n'établir que sur des conjectures. »

Une telle conduite n'est-elle pas significative du plus noble caractère?

Ce qu'on ne saurait trop priser dans la vie d'un homme, c'est la constance en amitié, c'est le sentiment de la reconnaissance. Bichat possédait l'un et l'autre à un haut degré. Dans la maladie qui a terminé si promptement ses jours, maladie dont on n'a pas bien connu dans le temps certaines circonstances (c'était la fièvre ataxique d'alors, la plus violente), presque dès le début, Bichat désira qu'un médecin fût appelé près de lui ; il en eut deux : Corvisart et M. Lepreux, qui était son chef à l'Hôtel-Dieu. Sa confiance eût été en Pinel, dont l'esprit se rapprochait du sien, dont la science lui plaisait, et qu'il considérait comme le plus éminent d'alors en médecine pratique comme en médecine philosophique ; telle était du moins sa conviction profonde : « Si jamais je tombais malade un peu gravement, m'avait-il dit cent fois, je voudrais que ce fût M. Pinel qui me traitât. » Mais il vivait plus avec Corvisart qu'avec Pinel ; mais Corvisart avait été l'ami intime de Desault, qui sous quelques rapports avait formé Bichat, et Bichat lui-même en recevait de grands témoignages d'intérêt; mais une commensalité fréquente existait entre Corvisart, la veuve de Desault et Bichat, et malheureusement, faut-il le dire ? il y avait incompatibilité d'humeur et de vues médicales entre Corvisart et Pinel. On ne pouvait pas invoquer leur concours ; il fallait opter entre les deux, et Bichat étant tombé malade n'hésita pas : la conviction de l'esprit fut sacrifiée aux sentiments du cœur ; les devoirs imposés par l'amitié dirigèrent Bichat. Ce fut Corvisart qui fut appelé près de lui, Corvisart dont on n'eut d'ailleurs qu'à admirer la tendre sollicitude et le dévouement.

Je m'arrête, messieurs : ces quelques traits, ces quelques circonstances de la vie de Bichat font assez comprendre ce qu'il y avait de remarquable dans le caractère de l'homme extraordinaire qui ne pouvait être connu de vous que par les œuvres qu'a enfantées son génie. Après bientôt un demi-siècle écoulé depuis que la Parque a si cruellement interrompu ses jours, nos regrets ne peuvent plus être les mêmes que ceux qui furent si spontanés, si universels, si profonds à l'époque de sa mort. Maintenant, et s'il eût vécu jusqu'à ce jour, Bichat aurait complètement rempli sa destinée; il aurait presque atteint le terme de sa carrière. Comment l'eût-il poursuivie? Par quelques autres travaux, par quelques autres découvertes, par quelques autres impulsions données à la science, l'eût-il rendue plus éclatante encore? Quand et comment l'eût-il couronnée? C'est le secret de la Providence, qui n'a pas permis tout le développement d'un tel génie. Mais maintenant encore nos âmes ne ne se remplissent-elles pas d'une douce émotion, et ceux qui nous succéderont ne l'éprouveront-ils pas aussi en pensant que la nature avait si merveilleusement associé chez Bichat le plus heureux caractère, les plus nobles qualités de l'âme à une des plus belles intelligences qui puissent être? C'était un homme bon par excellence; il était doux, affectueux, expansif, simple dans son ton, dans ses manières, sans vanité, sans orgueil aucun comme sans envie. On ne pouvait pas ne pas l'aimer tendrement quand on l'avait connu ; et je ne dis pas ce qu'il y avait de charmes dans ses leçons, bien que son élocution fût un peu pénible et embarrassée. Tout a été juste dans le recueillement et la douleur qui l'ont accompagné une première fois à sa demeure éternelle ; tout est également mérité dans le nouvel hommage que nous rendons à sa mémoire. Qu'advienne le jour où j'aurai payé le tribut à la nature, on ne me rendra pas les mêmes honneurs qu'à Bichat, je ne les aurai pas mérités; ma mort n'inspirera pas les mêmes regrets ; mais qu'on puisse dire que pour Bichat j'ai été fidèle au culte de l'amitié et de la reconnaissance, et je serai heureux de penser qu'on pût dire de moi que je lui ai ressemblé au moins par quelque côté.

Nous donnerons dans le prochain numéro le magnifique éloge de Larrey par M. Pariset.

Bulletin bibliographique.

I. *Traité de splanchnologie et des organes des sens* ; par E. Huschke, traduit de l'allemand par A.-J.-L. Jourdan, membre de l'Académie royale de médecine ; avec 5 planches gravées; 1 vol. in-8° de 900 pages; chez J.-B. Baillière. — Le traité de splanchnologie forme le tome V de l'Encyclopédie anatomique dont nous avons parlé avec détail dans notre numéro d'août. En composant son Traité de splanchnologie, l'auteur ne s'est pas borné aux seules descriptions anatomiques : il a eu égard aussi à la physiologie, et n'a pas non plus négligé les considérations qui peuvent intéresser la médecine ou la chirurgie. Il s'est attaché de préférence à ce qu'on pourrait appeler physiologie anatomique et chimique, ayant soin pourtant de relater les notions que la chimie nous a fournies jusqu'à présent relativement à la composition des solides et des liquides du corps humain. Il a eu soin de noter les différences de configuration et de texture qui se rattachent au sexe, et celles qui dépendent du perfectionnement de l'organisme après la naissance; peut-être les indications qu'il a données à cet égard suggéreront-elles l'idée d'un ouvrage complet qui manque encore à la science. Quant à la partie historique, il s'est vu forcé, pour ne pas accroître démesurément le volume déjà considérable de son travail, de se borner aux citations les plus importantes qu'il a consignées dans des notes succinctes. Dans les planches qui accompagnent ce volume, l'auteur a représenté la situation des viscères, tant à l'égard les uns des autres que par rapport aux os, aux muscles, aux vaisseaux et aux nerfs, sur dix coupes transversales du tronc pratiquées chez une petite fille de dix-huit semaines.

II. *Déontologie médicale, ou des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation* ; par le docteur Max Simon; 1 vol. in-8° de 600 pages, chez J.-B. Baillière. — M. M. Simon, que nous nous honorons d'avoir pour collaborateur, a entrepris dans la publication de ce livre une tâche honorable, mais difficile à remplir. Elle est honorable, car c'est une sorte de traité de morale qu'il adresse aux hommes de bonne volonté; elle n'est pas sans difficulté, car tout traité de morale en présente : rien de plus aisé à poser que les grands principes, et ils sont les mêmes pour la médecine que pour les autres professions; mais leur application dans certains détails importants de pratique n'est pas toujours bien aisée à faire, et il faut quelquefois une grande justesse de vues en même temps qu'une grande délicatesse de sentiments pour se diriger convenablement dans ces circonstances. Eh bien ! c'est à la solution de ces questions ardues que l'auteur s'est particulièrement appliqué. On voit donc qu'ainsi conçu, un traité des devoirs des médecins n'est point un livre inutile par le temps qui court. Plusieurs médecins, peut-être, croiront n'avoir pas besoin de guide à cet égard ; un certain nombre aussi, mais pour une raison tout opposée, se garderont bien d'y jeter les yeux. Pour nous, nous croyons que tout médecin ne peut que gagner beaucoup à la lecture de cet ouvrage qui est un guide sûr, principalement pour les jeunes médecins dans toutes les circonstances où ils peuvent se trouver.

III. *Mémorial thérapeutique et pharmaceutique des officiers de l'armée de terre ;* par le docteur A. Wahu, médecin ordinaire des armées, médecin de l'hôpital de perfectionnement, etc.; 1 vol. grand in-32 de 300 p., chez G. Baillière. —L'auteur, en publiant ce livre, a été guidé par la pensée d'offrir à ses collègues du service de santé militaire une espèce de *vade-mecum* du format le plus portatif possible. Il a emprunté au *Formulaire pharmaceutique militaire* ses formules, afin que son livre pût tenir lieu de ce codex officiel ; mais il a voulu aussi que les officiers de santé traitants y trouvassent un *memento thérapeutique* ; c'est pour atteindre ce double but qu'à la suite de chaque formule, soit officinale, soit magistrale, il a indiqué, quand il a été possible de le faire : 1° la préparation, 2° les doses auxquelles le médicament est employé, 3° les propriétés thérapeutiques, 4° les substances incompatibles, 5° les contre-poisons, 6° le rendement. La nécessité de cette dernière indication quant aux préparations officinales a été démontrée à l'auteur par plusieurs pharmaciens, et il s'est efforcé de satisfaire à leur désir. Il ne prétend pas, toutefois, que le chiffre de rendement fixé par lui doive être considéré comme définitif; mais il pense qu'il pourra guider utilement lors de la confection des remèdes officinaux. A la suite des formules officielles se trouvent d'autres formules, aujourd'hui consacrées par l'usage, qui peuvent diriger les officiers de santé dans l'emploi de certaines substances inscrites à la matière médicale de la *Pharmacie militaire*, et pour lesquelles il n'a point été donné de formules dans cet ouvrage. L'auteur donne aussi un extrait de l'instruction du Conseil de santé sur les secours à donner aux asphyxiés. Plus loin, il indique les moyens de remédier aux empoisonnements les plus habituels. A ces utiles hors-d'œuvre, M. Wahu a ajouté un chapitre relatif aux moyens de reconnaître les sophistications des principaux médicaments et des principales substances alimentaires. L'ouvrage se termine enfin par une série de documents qui intéressent particulièrement les officiers de santé de l'armée : telles sont la nomenclature des maladies qui doivent exclusivement être traitées aux infirmeries régimentaires ; celle des médicaments attribués à ces mêmes infirmeries, etc.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 2. — FÉVRIER 1846.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique médicale.

Observations de diabète sucré.

Il y a en ce moment plusieurs cas de diabète sucré en voie de traitement à l'hôpital de la Charité. Il y en a deux dans le service de M. Rayer ; il en existe peut-être dans d'autres hôpitaux, car cette maladie, sans être très commune, s'observe néanmoins de plus en plus fréquemment, ce qui tient, sans doute, à ce qu'elle est mieux étudiée. Cependant l'examen auquel nous nous sommes livré sur ces trois malades, dont deux venus de loin à Paris pour se faire traiter, nous a appris que chez ces derniers l'affection avait été longtemps méconnue, ce qui est étonnant ; car la découverte du diabète sucré n'est pas de date très récente. Il faut avouer aussi que l'attention n'a été fortement appelée sur cette maladie que depuis quelques années. C'est cette double circonstance qui nous a engagé à rapporter les cas que nous avons sous les yeux. Nous profiterons de cette occasion pour parler des derniers travaux qui ont récemment été publiés sur ce point très important de pratique médicale.

Obs. I. — Madame Gueroult, Marie-Louise, âgée de 35 ans, matelassière, rue du Vieux-Colombier, née à Paris, est couchée au n° 6 de la salle sainte-Marthe (service de M. le professeur Andral). Cette femme, entrée le 13 octobre 1845 à l'hôpital, a été presque immédiatement séquestrée dans une pièce isolée, afin que les prescriptions rigoureuses de régime qui allaient lui être imposées fussent exactement observées. Elle n'a été transférée dans la salle commune que dans les premiers jours de janvier 1846. Ce n'est que depuis cette époque que nous avons pu la voir. Elle est d'une constitution plutôt faible que forte ; son visage est coloré, quoique amaigri ainsi que le reste du corps.

Il y a plus d'un an que cette femme se sentait graduellement affaiblir, mais ce n'est que vers le milieu du mois d'août 1845 qu'elle s'est aperçue qu'elle buvait extraordinairement sans pouvoir apaiser sa soif et qu'elle urinait en conséquence.

Quant aux antécédents, elle nous a dit qu'elle avait eu dix enfants, sur lesquels il lui en restait quatre. Elle n'a eu d'autre maladie sérieuse qu'une *irritation de poitrine*, selon son expression, pour laquelle elle est restée trois mois au lit, il y a une dizaine d'années. Elle a toujours été sujette à la leucorrhée, quoique habituellement très bien réglée avant sa maladie. Elle a craché le sang dans les premiers temps qu'elle faisait son état de matelassière, il y a environ 16 ans ; elle ne l'a pas craché depuis. Ses travaux étaient très pénibles ; son alimentation était peu forte, et, comme elle n'aimait pas la viande, elle se nourrissait presque exclusivement de végétaux (et surtout de choux), circonstance qui a été signalée comme prédisposant au diabète sucré.

Nous avons dit qu'il y a un an que la santé de cette femme a commencé à s'altérer, bien qu'il n'y ait que cinq mois que la maladie est confirmée. La malade a senti ses forces diminuer, sans savoir à quelle cause l'attribuer. Les règles, à la même époque, ont commencé à avancer et à ne plus durer que deux jours au lieu de quatre qu'elles duraient auparavant. Le sang des règles est devenu plus clair ; elles se sont tout-à-fait supprimées, et n'ont plus reparu depuis que la maladie est tout-à-fait confirmée. Ce n'est que petit à petit que la soif a augmenté ; avant sa maladie, cette femme buvait fort peu et faisait même des repas entiers sans boire. Six semaines ou deux mois avant de s'apercevoir de son état, elle avait des lassitudes, des envies de dormir, des faiblesses.

C'est vers le 25 août 1845 que la malade a commencé à remarquer qu'elle buvait et urinait beaucoup. Elle buvait jour et nuit et absorbait au moins quinze litres d'eau dans les vingt-quatre heures. Elle buvait quelquefois un litre d'un seul coup. L'appétit était en même temps très fort et elle mangeait beaucoup de pain sans pouvoir se rassasier. Les digestions se faisaient bien néanmoins. Elle urinait jusqu'à 26 fois dans les vingt-quatre heures et remplissait un seau dans la nuit seulement. Les envies d'uriner étaient d'ailleurs si pressantes, que, pour peu que la malade tardât à les satisfaire, elle lâchait ses urines malgré elle, ce qui faisait que ses bas étaient habituellement recouverts de plaques sirupeuses comme celles que produirait de l'eau fortement sucrée. Les urines étaient d'ailleurs pâles et blafardes.

En même temps, la peau est devenue rugueuse et sèche ; la malade a eu aux bras et aux jambes des taches terreuses ; la sensibilité de la peau a même notablement diminué.

Cette diminution des sécrétions s'est étendue à la muqueuse buccale ; la bouche était continuellement sèche ; il y avait à peine un peu de salive qui, au dire de la malade, avait un goût acide. La langue, au plus fort de la maladie, était noire. Les gencives ont été gonflées, rouges et longtemps sèches. Huit ou neuf mois avant le développement de la maladie, les dents avaient été branlantes et douloureuses. La voix était rauque ; il y a même eu des intervalles d'aphonie complète.

La diminution des sécrétions n'a point paru porter sur la muqueuse intestinale ; la malade allait habituellement bien à la selle. Elle a eu quelquefois du dévoiement, jamais de vomissements.

A la même époque, la vue, qui était auparavant excellente et très longue, a commencé à se troubler et à se raccourcir. Cet affaiblissement de la vue a été en augmentant graduellement pendant trois mois, et la malade en est venue au point de distinguer à peine confusément les plus gros objets.

La malade était dans un état d'insomnie presque continuel, entretenu par les besoins incessants de boire et d'uriner ; elle dormait à peine deux heures par nuit.

La faiblesse était très grande ; il y avait des palpitions de cœur fréquentes et des sensations de battements dans diverses artères du tronc et des membres.

Tel était l'état de cette femme lors de son entrée à l'hôpital. Elle avait, en outre, les pieds enflés le soir depuis trois ou quatre jours. Ce phénomène, qui se présentait, selon son rapport, pour la première fois, s'est dissipé au bout de peu de jours et ne s'est pas reproduit depuis.

Nous avons dit que cette malade avait été enfermée pendant deux mois dans une chambre ; on avait pris cette mesure pour être sûr qu'elle ne prendrait que les aliments qu'on lui prescrirait. Son régime alimentaire consistait là en viande, en œufs, en bouillon et en vin, le tout donné en abondance, mais avec abstinence complète de pain et de soupe. Le bouillon gras était même apprêté sans légumes. Dans les premiers temps de sa séquestration, elle consommait chaque jour deux kilogrammes de viande principalement rôtie ; plus tard, la moitié de cette quantité a suffi. Sa ration d'œufs était de huit par jour ; elle a calculé que depuis son entrée jusqu'au 7 janvier elle en avait consommé 622 ; ces œufs sont délivrés sur un bon renouvelé tous les jours ; on les lui donnait quelquefois en omelette, mais le plus souvent durs. Elle prenait pour boisson dans les commencements un litre de vin par jour ; plus tard on y a substitué de l'eau alcoolisée ; par moments la malade l'a remplacée par de l'eau vinaigrée ou par de l'eau simple.

On a essayé chez elle l'usage du sel marin à assez forte dose : elle-même outrepassait la dose prescrite, croyant en obtenir plus de bénéfice ; mais il n'en est résulté que d'assez fortes coliques et du dévoiement ; on y a renoncé.

L'état de cette malade s'est considérablement amélioré sous l'influence du régime exclusivement animal, quoique la guérison ne soit probablement pas encore complète. La quantité de sucre contenue dans ses urines, qui était de 50 à 60 grammes par jour lors de son entrée, était descendue à 3 grammes vers le 10 janvier. Les forces sont revenues avec un léger retour d'embonpoint, et lors de sa rentrée dans la salle commune elle pouvait se lever ; mais elle était obligée de rester presque toujours assise. La vue est petit à petit complètement revenue et elle est aussi longue qu'avant le début de la maladie.

Le 7 janvier, toutefois, on a trouvé que la quantité de sucre a augmenté dans l'urine, ce que l'on attribue à ce que la malade a bu hier de la tisane sucrée d'une de ses voisines. Avertie des dangers de la moindre infraction à l'abstinence sévère d'aliments féculeux et sucrés qui lui est imposée, cette femme s'y est rigoureusement soumise les jours suivants. On lui prescrit quatre portions d'aliments, qui sur les bons faits *ad hoc* se composent d'un kilogramme de viande et de huit œufs, dont quatre sont mangés le matin et autant le soir. On lui donne pour boisson deux litres de bouillon gras préparé sans légumes et un à deux autres litres d'eau alcoolisée. On lui permet de remplacer cette dernière par de l'eau vinaigrée.

Le 8 janvier, la malade se plaint d'être constipée depuis trois jours et de douleurs abdominales ; elle a moins bu hier qu'à l'ordinaire.

10 janvier. Sueurs abondantes depuis vingt-quatre heures ; 92 pulsations. On conseille à la malade de s'en tenir aujourd'hui aux œufs et à l'eau pure. On lui a offert du pain, elle n'en a pas accepté. Eau pure, deux pots.

12. La fièvre et la sueur n'ont duré que vingt-quatre heures. La malade est beaucoup mieux ; 64 pulsations seulement ; elle a recommencé hier à manger de la viande. Eau vinaigrée.

15. Les sueurs se sont reproduites ces trois derniers jours. Il y avait deux mois qu'il n'était arrivé à la malade de transpirer ainsi. Il faut remarquer que ces sueurs coïncident avec une amélioration notable et avec un sentiment général de bien-être. Le sommeil est meilleur depuis trois ou quatre jours qu'il n'avait jamais été auparavant. L'urine est toujours un peu pâle, quoique conservée de la veille ; mais elle l'a été beaucoup plus ; elle a été presque aqueuse par la couleur ; la malade en rend environ deux litres ; elle peut d'ailleurs très bien la retenir.

16. La malade se félicite de son état ; ses forces renaissent ; elle a pu descendre hier au jardin sans trop de fatigue ; le sommeil est bon ; la peau des mains est continuellement moite. Sa voix n'a toutefois pas encore repris un timbre aussi clair qu'avant la maladie.

20. L'amélioration continue et la peau est toujours moite et fraîche.

22. Les sueurs ont été tellement abondantes cette nuit que la malade a été obligée de changer de che-

mise. Elle a 72 pulsations; elle va très bien d'ailleurs, peut rester levée toute la journée et se promener au jardin.

24. Les sueurs continuent toujours la nuit; elle a mouillé deux chemises; la poitrine paraît cependant en bon état; il n'y a pas de toux.

Ici s'arrête la dernière date de nos observations sur cette malade. On peut présumer d'après son état actuel qu'elle est en assez bonne voie. Le moral de cette femme est excellent; sa résignation à suivre son régime alimentaire paraît très grande et elle n'éprouve aucun dégoût à manger la viande sans pain; elle se plaint seulement du peu de variété que l'on apporte dans le choix des viandes.

Obs. II.—Le 22 novembre 1845, la femme Parisis, âgée de trente-cinq ans, journalière, est entrée dans le service de M. Andral. Cette femme venait de Verneuil (Seine-et-Marne) pour se faire traiter. A son arrivée, elle a été enfermée dans la même pièce que la malade précédente; plus tard elle a été réintégrée dans la salle commune, et elle est actuellement couchée au n° 29 de la salle Sainte-Marthe. Cette femme est d'une taille élevée; sa figure est allongée, très amaigrie, ses pommettes saillantes; elle est presque complètement aveugle et porte une cataracte très avancée à chaque œil. Elle dit qu'il y a un an qu'elle se sent atteinte de la maladie qui la mine. Elle est accouchée il y a deux ans, et comme elle n'a pas eu ses règles depuis, on peut supposer que, comme chez la malade précédente, le début de la maladie a été latent. Cette femme a eu quatre enfants. Pour tous antécédents elle accuse une maladie de nerfs qu'elle fait remonter à sept années. Sa nourriture habituelle, vu son peu d'aisance, consistait presque uniquement en végétaux. Comme chez la malade précédente, l'affection s'est annoncée par une soif et une faim continuelles.

La malade aurait bien mangé, dit-elle, cinq livres de pain par jour si ses moyens le lui eussent permis. Elle digérait bien tout ce qu'elle prenait. Elle buvait plus d'un seau d'eau dans les vingt-quatre heures. Elle urinait à chaque instant, et, n'ayant pas toujours la faculté de se retenir jusqu'à ce qu'elle eût gagné un lieu retiré, elle tachait ses bas de matière sucrée. Elle a été habituellement constipée pendant sa maladie. La sécrétion salivaire a en même temps diminué; la salive avait un goût acide; la langue était sèche. La malade éprouvait de la difficulté à cracher. La voix serait devenue dure, suivant le rapport de la malade.

Les forces ont commencé à décliner au commencement de la maladie. A la même époque, la vue, qui antérieurement était excellente, s'est affaiblie graduellement. Plus tard il s'est formé une cataracte de chaque côté, et depuis deux mois la malade est presque complètement aveugle, ne pouvant discerner que les objets blancs. Elle a beaucoup de peine à supporter une lumière un peu vive, comme celle d'une bougie.

Ses jambes ont été enflées; actuellement elles sont sèches comme tout le reste de son corps, qui est dans un état d'émaciation très grande.

Cette malade a été, lors de son arrivée à l'hôpital, soumise au même régime exclusivement animal que celle de l'observation précédente, et elle y est encore actuellement assujétie; mais elle ne s'y est pas aussi bien accoutumée; son dégoût pour la grosse viande et pour les œufs est par moments si complet qu'elle les vomit; n'osant pas, d'un autre côté, faire usage des aliments prohibés, elle ne prend pas une alimentation suffisamment réparatrice. Aussi trouve-t-elle qu'elle a encore maigri à l'hôpital, quoiqu'il y ait moins de sucre dans ses urines. La quantité en est encore de 54 grammes par jour vers le 10 janvier. Le moral de cette malade n'est d'ailleurs pas aussi bon que celui de la malade précédente. En somme cependant, elle se trouverait mieux qu'à l'époque de son entrée si sa vue n'achevait de se perdre. Il lui semble qu'elle reprend des forces. La peau est sèche, mais moins qu'elle ne l'a été.

Le 14 janvier 1846, les urines sont chargées d'un nuage dense de mucus en suspension. La malade a un peu de mouvement fébrile : 88 pulsations. Elle se plaint de souffrir à l'estomac. Depuis quelques jours elle a du dévoiement. Elle boit trois pots d'eau.

16 janvier. L'urine est redevenue claire; elle est très blafarde; la malade en rend environ deux litres par jour. Elle a vomi sa viande la nuit dernière; elle attribue cette circonstance au dégoût. On lui prescrit du poisson.

17. La malade a eu une indigestion complète et a vomi tous ses aliments; elle a eu dix selles : 88 pulsations. On prescrit de l'eau alcoolisée, trois bouillons et la diète.

20. Les suites de l'indigestion se sont dissipées; plus de diarrhée. La malade urine beaucoup moins depuis le 17. Elle a peu dormi cette nuit. Elle se plaint depuis quelques jours d'éprouver des picotements à la gorge et de fréquentes envies de vomir et de la toux, quoique les fonctions respiratoires s'accomplissent habituellement bien et que l'auscultation et la percussion ne dénotent aucune altération pulmonaire. Elle a éprouvé cette nuit la sensation d'un ver qui lui remonterait le long de l'œsophage. Elle mange à peine une demi-livre de la ration qu'on lui donne, laquelle est la même que pour la malade précédente, mais avec un peu plus de choix dans les mets.

24. On n'avait écouté qu'avec incrédulité ce que la malade avait dit touchant la sensation de vers lui remontant vers la gorge. Cependant avant-hier elle a vomi un ver, et aujourd'hui on voit dans une cuvette un paquet de quatre ou cinq vers très longs qu'elle a vomis hier. Cela explique les douleurs dans le creux de l'estomac que la malade accusait depuis une quinzaine de jours, et l'altération dans les fonctions digestives, qui ne s'était pas montrée avant cette époque. C'est du reste la première fois de sa vie que

cette femme rend ainsi des vers par la bouche; mais elle en a déjà rendu par l'anus.

L'appétit est toujours faible chez cette femme; elle ne peut sentir la viande, et il y a longtemps qu'elle ne mange plus d'œufs. On lui donne du poulet et du poisson. Elle dit néanmoins qu'elle prend des forces. Mais son état est loin d'être aussi bon que celui de la malade précédente.

Obs. III.—Le 31 octobre 1845, le nommé Dafie, Etienne, âgé de 61 ans, journalier, né à Montluçon (Allier), demeurant habituellement à Bourges, est venu à Paris pour se faire traiter du diabète sucré, est entré dans le service de M. Rayer et est resté près de trois mois dans la salle Saint-Michel, n° 26. Cet homme dit qu'il y a trois ans qu'il a commencé à boire 10, 12 et 15 litres d'eau par jour et à uriner en conséquence; mais ce n'est qu'au bout de sept ou huit mois qu'il s'est aperçu, ou plutôt qu'on lui a dit que ses urines étaient sucrées; car sa maladie a été bien reconnue par M. le docteur Guérin, médecin à Bourges, qui, le voyant dans l'impossibilité de subvenir aux dépenses si considérables d'un traitement antidiabétique convenable, lui a conseillé de venir à Paris se faire traiter par M. Rayer. La nourriture de cet homme a été toute sa vie presque exclusivement végétale.

L'appétence pour les aliments solides n'a point augmenté chez cet homme, comme on l'observe chez les autres diabétiques. Il ne mangeait quelquefois pas quatre livres de pain la semaine. Il n'éprouvait que le besoin d'ingérer une grande abondance de liquides. Le vin, en quelque quantité qu'il le bût, même cinq ou six litres, ne l'enivrait pas. Il dormait peu à cause des besoins continuels de boire et d'uriner. Il a eu longtemps de la constipation, de la sècheresse de la peau. Il porte à l'œil droit une cataracte qui date d'un an environ; la vue est nulle de ce côté. Du côté gauche, la vue est faible depuis quinze ans par suite d'un accident qui lui est arrivé à cette époque. Le malade n'a pas remarqué que cet œil se soit affaibli davantage pendant le cours de cette maladie, qui d'après son rapport serait la première de sa vie. Il y a eu chez lui de l'anasarque qui a disparu et ne s'est pas reproduite depuis. Lors de son entrée à l'hôpital, l'urine contenait un vingtième en poids de sucre. On le mit au régime de cinq onces de pain de gluten par jour, un litre de vin de Bordeaux (remplacé plus tard par du vin ordinaire) avec de la viande et des œufs à discrétion. Il n'a jamais mangé plus d'une livre de viande à son repas du matin et cinq à six œufs le soir. Ce régime a été suivi d'une diminution notable de la gravité spécifique de l'urine, qui est passée de 5° à 2° 1/2. Malgré cela, ce malade a maigri et son teint est jaunâtre.

Dans les premiers jours de cette année, on a supprimé le pain de gluten au malade et on l'a mis au régime alimentaire des autres malades, en lui conservant toutefois son litre de vin et en lui prescrivant pour supplément de boisson de la tisane de houblon. Ce retour à l'alimentation commune n'a point été jusqu'au 23 janvier, jour de la sortie du malade, suivi du retour des symptômes aggravants du diabète. Il boit environ un litre et demi de tisane amère; il est quelquefois obligé de boire la nuit et de se lever deux ou trois fois; la secrétion urinaire n'est cependant pas notablement augmentée chez lui. La peau n'est pas sèche; elle est même légèrement moite et fraîche. Il n'a pas eu de sueurs. Les excrétions alvines se font assez bien; il y a quelquefois du dévoiement.

Somme toute, ce malade trouve qu'il était à peu près aussi fort à l'époque de son entrée que maintenant. Il est devenu très faible dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital. Il a repris quelques forces et en a assez pour aller dans les salles et descendre dans le jardin si l'envie l'en prenait. Mais il dort peu, s'ennuie, s'effraie probablement de la mort de quatre individus dans sa salle en un seul jour, et demande sa sortie le 23 janvier 1846.

Beaucoup de travaux ont déjà été publiés sur le diabète sucré. Nous en avons analysé ou mentionné un certain nombre dans notre collection. Dans la Ire année, pag. 315, nous avons rapporté un cas de guérison de cette maladie due à la créosote, par M. le professeur Berndt. Dans la VIIIe année, premier semestre, p. 115, M. Payan insiste sur la proscription du régime féculent et sucré pour modérer *à volonté* les accidents propres au diabète. Plus loin, page 158, est l'extrait d'un article de M. Monneret sur la théorie de la formation du diabète. Plus loin encore, même volume, page 207, M. Bonamy rapporte l'histoire d'une femme diabétique qui ne put supporter le régime animal exclusif et mourut phthisique. A cette occasion, l'auteur essaie quelques rapprochements entre le diabète sucré et la phthisie tuberculeuse. A la suite de cet article, page suivante, nous avons cité une note de M. Marion de Procé où il rapporte un cas d'amélioration très grande par le régime animal exclusif; mais il n'est pas dit si le malade a fini par guérir.

Dans la IXe année, premier semestre, page 234, se trouve un article original intitulé: Quel est le régime le plus utile aux malades affectés du diabète sucré? M. Bravais, médecin de l'hospice d'Annonay (Ardèche), ancien chef de clinique médicale de M. Récamier, est l'auteur de cet article; il y rapporte une guérison qu'il croit bien constatée de diabète sucré par le régime animal exclusif. L'observation offre beaucoup d'intérêt et elle est accompagnée d'une note sur l'analyse des urines diabétiques à laquelle nous conseillons au lecteur de se reporter. Nous allongerions trop cet article si nous voulions donner le détail des diverses opérations que l'on a employées pour apprécier la quantité du sucre dans les urines.

Dans notre Xe année, premier semestre, page 245, on trouvera l'analyse d'une obser-

vation de diabète sucré recueillie à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Requin. La malade a été soumise au régime animal et à l'usage du pain de gluten. On y dit qu'elle est sortie dans un état qui peut être considéré comme la guérison.

Dans la séance de l'Académie des sciences du 8 juillet 1844, XIIe année, premier semestre, page 82, MM. Mialhe et Contour ont communiqué une observation relative à un cas de diabète sucré qu'ils prétendaient avoir guéri par l'usage des alcalis et des sudorifiques.

Dans la Revue des journaux allemands de notre n° de janvier 1845, nous avons analysé fort au long un travail de M. le professeur Berndt, déjà cité dans la première année. Il y est pour la première fois fait mention de la coïncidence fréquente des affections oculaires et particulièrement de la cataracte dans le diabète sucré. Cette coïncidence est, en effet, bien fréquente, puisque les trois malades dont nous avons donné les observations en tête de cet article ont tous eu des obscurcissements de la vue, et deux d'entre eux sont affectés de cataracte. Les moyens pharmaceutiques sur lesquels l'auteur paraît le plus compter sont l'opium, le sulfate de cuivre ammoniacal, la créosote et le charbon.

Dans le numéro d'octobre 1845 est une note de M. Van Nes sur l'efficacité du baume de Pérou dans un cas de diabète sucré; mais on ne paraît pas avoir pris les précautions nécessaires pour s'assurer si le malade a réellement guéri.

Nous compléterons la liste de ces divers travaux en citant le plus important de tous, sur lequel nous reviendrons prochainement, la monographie publiée par M. A. Bouchardat dans l'Annuaire de thérapeutique de 1841, non que cette monographie soit très imposante par son volume; elle est, au contraire, très courte; mais elle est le résumé de recherches très longues et très consciencieuses de la part de son auteur.

Il semblerait, après la lecture des travaux précédemment mentionnés, qu'il ne doit y avoir rien de plus facile que de guérir le diabète, et qu'il suffit, pour arrêter la sécrétion du sucre, de supprimer tous les aliments qui renferment du sucre ou de la fécule. Il n'en est pourtant rien; d'abord, on trouve peu de malades qui puissent supporter le régime exclusivement animal aussi longtemps qu'il est nécessaire de le prolonger pour obtenir une amélioration soutenue. Il est ensuite fort difficile de constater jusqu'à quel point la guérison est absolue et le malade à l'abri du retour des accidents diabétiques. M. Bouchardat, qui a longtemps étudié la question à l'Hôtel-Dieu et dans les autres hôpitaux, l'a crue un moment résolue. Puis il s'est pris lui-même à douter de la solidité des guérisons obtenues par la méthode qu'il avait préconisée, et il ne la donne plus aujourd'hui que comme propre à modérer les symptômes, à suspendre la marche de la maladie, avantage que l'on obtient en effet chez certains malades, et qui est déjà fort précieux.

(*La suite au prochain numéro.*)

Pellagre. — Dans le n° du 27 janvier 1846 de la Gazette des hôpitaux nous trouvons une lettre de M. Th. Roussel relative au cas de pellagre qui a fait l'objet de notre article de clinique du n° de novembre 1845. M. Cahen, interne dans le service de M. Rayer, a depuis publié un article sur le même sujet dans le n° du 13 décembre de la Gazette des hôpitaux. C'est à ce dernier article que s'adresse la lettre de M. Roussel; mais comme l'appréciation du fait est à peu près la même dans la rédaction de M. Cahen et dans la nôtre, nous pouvons aussi prendre notre part de la critique renfermée dans la lettre de M. Th. Roussel.

M. Th. Roussel, après avoir récapitulé en quelques mots les symptômes de la pellagre, déclare qu'il ne les trouve pas dans l'observation en question. L'éruption cutanée elle-même lui est fort suspecte parce qu'elle ne s'est pas montrée dès la première année vers l'équinoxe de printemps et sous l'influence des rayons solaires, comme cela a lieu chez les pellagreux. Cependant, si nous ouvrons le livre de M. Roussel lui-même, nous y trouvons que l'éruption ne se montre quelquefois qu'au bout de plusieurs années, et que Strambio l'a souvent vue se développer hors de l'influence des rayons solaires. Il est vrai qu'il a manqué à cette éruption si caractéristique aux yeux de tous les assistants une circonstance, celle d'avoir été vue par M. Th. Roussel lui-même. Nous pensons qu'il eût été lui-même frappé de l'aspect particulier qu'elle présentait.

L'auteur de la lettre trouve que la marche de l'affection aurait été trop longue chez la malade de la Charité, et que pendant huit années celle-ci n'a présenté aucun des phénomènes importants de la pellagre, qu'elle a, par contre, offert des symptômes de paraplégie, ce qui est fort rare dans la pellagre. Mais on peut lui répondre que les détails donnés par cette femme sur son état antérieur étaient bien peu de chose, et ce n'est pas sur ceux-là que le diagnostic a été porté, mais sur l'état actuellement observé. La pellagre suit-elle toujours d'ailleurs la marche régulière que M. Roussel lui attribue? Ne cite-t-il pas lui-même, d'après les auteurs italiens, des pellagres qui auraient duré vingt années et plus?

M. Th. Roussel trouve néanmoins une importance réelle à l'observation qui fait l'objet de sa critique. On saura maintenant, dit-il, « que l'on peut, dans certains moments, confondre avec la pellagre une *paraplégie rhumatismale* accompagnée de dévoiement et compliquée d'une éruption à la peau. »

L'aisance avec laquelle M. Th. Roussel porte un diagnostic si tranché sur un cas qu'il n'a pas vu nous fait regretter qu'il n'ait pas examiné lui-même le cas en question. Il eût eu à en conférer avec des gens fort habiles et que nous avons vus peser longtemps le pour et le contre,

avec M. Rayer, le chef de service, et avec M. Brière de Boismont. L'opinion de ce dernier n'est pas sans quelque valeur, car si M. Th. Roussel a étudié la pellagre incidemment pendant son voyage en Italie, M. Brière de Boismont est allé passer six mois dans les hôpitaux de ce pays, uniquement pour y étudier la *folie pellagreuse*. Sa première parole, à la première vue de la malade en question, fut celle-ci : Si elle était dans les hôpitaux de Milan, je dirais sans hésiter : C'est une pellagreuse. Quelques jours après, cet honorable observateur, après un sérieux examen, confirma le diagnostic qu'il avait d'abord porté d'emblée.

Cette opinion contradictoire de deux hommes fort compétents aurait été quelque chose de grave au lit du malade ; mais comme l'un d'eux seulement a vu le cas, nous croyons pouvoir nous ranger à l'avis de celui-ci, comme à l'opinion la plus probable.

M. Th. Roussel termine sa lettre par ces mots : « Lorsque l'étiologie de la pellagre sera mieux connue, les méprises seront évitées; elles étaient jusqu'ici à peu près inévitables. » Ainsi la malade de la Charité n'a pas eu la pellagre parce qu'elle ne mangeait pas de maïs; car, pour l'auteur de la lettre, sans maïs, pas de pellagre. Mais alors il s'est donc mépris lui-même sur les deux cas de pellagre observés et diagnostiqués par lui à Saint-Louis, et dont nous avons publié les observations d'après son texte? Ces malades, habitant les environs de Paris, n'avaient sans doute guère fait usage de *cruchades* et de *polenta* au maïs, à moins qu'ils ne l'aient fait sans le savoir, ce que M. Th. Roussel ne paraît pas éloigné de croire (1).

Mais l'influence du blé de Turquie sur la production de la pellagre est elle-même une question très controversée en Italie et qui ne paraît pas encore résolue aux yeux des hommes qui ont étudié la maladie, non pas quelques mois, mais toute leur vie.

II. Clinique chirurgicale.

HÔTEL-DIEU DE LYON.

Service de M. Pétrequin.

Sur les fistules de la face liées à des maladies dentaires.

Les fistules de la face reconnaissent un très grand nombre de causes, mais elles sont dues le plus souvent à une lésion dentaire, dont il est très important de constater l'existence pour ne pas tomber, par rapport au traitement, dans des erreurs, sinon très graves, du moins toujours compromettantes pour la réputation du chirurgien et la plus parfaite santé du malade. On cite plusieurs exemples de fistules dentaires dont la nature a été complètement méconnue et qui ont résisté à des traitements longs et compliqués ; on a même pratiqué des opérations graves et douloureuses, tandis que la simple avulsion d'une dent aurait pu faire justice de la maladie.

Nous pourrions citer des exemples de graves méprises commises à ce sujet par des chirurgiens d'un grand renom : Delpech donnait depuis dix mois des soins à un Anglais résidant à Toulouse, et affecté d'une fistule de la face, contre laquelle le célèbre chirurgien avait en vain employé la compression, les pommades résolutives et irritantes, et même la cautérisation ; à cette époque, il survint de l'autre côté de la mâchoire une fluxion aiguë pour laquelle l'Anglais fit appeler un dentiste; celui-ci, après avoir arraché la dent, depuis quelques jours seulement devenue douloureuse, propose l'extraction de celle qui seule, disait-il, entretenait la fistule, et après l'avulsion de laquelle il garantissait la guérison. Le lord ne voulut pas s'y soumettre sans avoir pris conseil de son chirurgien ; Delpech s'y décida et l'Anglais fut guéri. Instruit par cet exemple, le même auteur raconte qu'il guérit peu de temps après, par le même moyen, une dame atteinte depuis longtemps d'une semblable fistule contre laquelle tous les moyens avaient jusqu'alors échoué. — M. Serre d'Uzès rapporte un cas dans lequel il y avait fistule à la hauteur du maxillaire inférieur avec perte de substance assez considérable ; on fit la résection d'une partie de l'os, opération inutile que l'auteur condamne avec raison.

Ces exemples montrent assez qu'il n'est pas inutile d'étudier avec soin cette question encore si mal connue, et de recueillir tous les faits qui pourront jeter quelque lumière sur ce point obscur de la science. Les cas que nous allons rapporter viendront à l'appui de ce que nous avons dit précédemment; nous les tirons du service de M. Pétrequin à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le diagnostic, assez facile dans ce cas-là, ne l'est pas toujours autant. Pour y arriver, on doit examiner trois choses, comme l'établit le chirurgien de Lyon.

Obs. I. — Un jeune berger, assez peu développé, d'un tempérament lymphatique, fut reçu au commencement d'octobre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour une coxarthrocace ; il fut couché au n° 115 de la salle Saint-Louis, dans le service de M. Pétrequin ; ce malade présentait, de plus, une tumeur blanche scrofuleuse du coude et une double surdité. Lorsqu'il fut guéri de sa surdité, il se plaignit de douleurs intermittentes qui se faisaient sentir au côté gauche de la mâchoire inférieure ; on examina avec soin, et l'on constata l'existence d'une fistule au niveau de la première grosse molaire. En le questionnant, on apprit que, 15 mois auparavant, une fluxion douloureuse s'était déclarée du même côté, fluxion à laquelle avait succédé une petite tumeur molle, qui, en se crevant, avait laissé écouler du pus et s'était changée en véritable fistule. — En explorant avec un stylet mousse et délié, M. Pétrequin arriva au niveau de la racine de la dent suspecte, et fut ainsi porté à croire qu'il avait affaire à une fistule dentaire. L'avulsion de l'ostéide malade amena la guérison en quelques jours.

(1) Voyez plus loin l'analyse du livre, d'ailleurs excellent, de M. Th. Roussel sur la pellagre.

Le diagnostic, assez facile dans ce cas-là, ne l'est pas toujours autant. Pour y arriver on doit examiner trois choses, comme l'établit le chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon :

1° L'aspect de l'orifice externe;
2° Le trajet de la fistule ;
3° Ses rapports avec les dents.

1° *Orifice externe.* — Les fistules dentaires diffèrent de celles qu'on observe dans les maladies des os ; elles sont très fines, en forme de cul de poule; l'orifice externe est presque imperceptible, peu extensible et entouré d'une dépression sur un fond rougeâtre; tout autour, on sent un petit cercle induré qui diffère beaucoup de l'empâtement que l'on observe dans les parties molles, lorsqu'on a affaire à une altération organique des os.—Ces fistules sont beaucoup plus rares au maxillaire supérieur qu'à l'inférieur: elles sont dans le rapport de 1 à 4 ou 5. Cela s'explique par la tendance de la suppuration à se porter de haut en bas dans les cas d'abcès à la mâchoire supérieure, et alors l'ouverture se fait à la gencive, sans traverser les joues.

2° *Trajet fistuleux.*—La longueur du trajet est variable. Il est quelquefois si court que les deux orifices semblent adjacents, et dans ce cas on doit s'attendre à une dépression très sensible après la guérison ; généralement il est plus long. Il est rarement rectiligne ; dans la plupart des cas, sa direction est flexueuse de bas en haut et de dehors en dedans; d'autres fois, il est horizontal et va tantôt de droite à gauche, tantôt de gauche à droite.

La guérison s'opère le plus souvent par une cicatrice difforme, et cette difformité tient à deux causes: la couleur de la partie qui est plus ou moins foncée et la dépression qui résulte de l'adhérence de l'orifice interne ou maxillaire.

La couleur rouge se dissipe souvent, pour ne pas dire toujours, en même temps que l'état phlegmasique, et la peau reprend peu à peu sa teinte naturelle. Quant à la dépression, elle sera avantageusement combattue par un procédé opératoire mis en usage par M. Pétrequin, savoir, par la section du trajet fistuleux entre la joue et l'arcade dentaire ; la partie, n'étant plus tirée en dedans, reviendra insensiblement sur elle-même, et, au bout d'un certain temps, toute dépression aura complètement disparu.

3° *Rapports avec les dents.* — Enfin, nous avons dit que le dernier moyen de porter un diagnostic certain, c'était d'examiner les rapports de la fistule avec les dents. L'exploration par le stylet peut jeter un grand jour sur la question ; pour sonder, on dirigera de dehors en dedans et un peu de bas en haut un stylet très fin et flexible, qui puisse facilement suivre toutes les sinuosités du trajet. Si le stylet, enfoncé sans de violents efforts, pénètre dans un conduit à parois rugueuses et arrive, après un court trajet, sur un corps dur et sonore, le chirurgien sera en droit de conclure que l'affection reconnaît bien pour cause une lésion dentaire. — Ce premier point éclairé, une nouvelle question se présente : quelle est la dent malade? quelle est celle qu'il faut avulser ? Si l'on a affaire à un reste de chicot, on n'éprouvera aucune difficulté. Mais il arrive, et même assez souvent, qu'aucune dent ne semble malade et que le sujet vous dit n'avoir jamais souffert du mal de dents; cependant l'exploration par le stylet vous a donné la conviction que la fistule reconnaissait pour cause une altération dentaire. Encore une fois, comment faire pour reconnaître quel est le point de départ de la maladie? On a pour cela un ensemble de procédés à l'aide desquels il est rare qu'on n'arrive pas à son but. Et d'abord, comme l'œil ne peut pas apercevoir le pan postérieur de l'alvéole, on emploie un petit miroir (*speculum*) qui permet souvent de découvrir dans cette partie une altération plus ou moins grande. Si ce moyen n'amène aucun résultat, on frappera sur toutes les dents du côté de la fistule avec le manche d'un bistouri, ou plus simplement on s'efforcera de les ébranler avec le doigt, et quelquefois l'ébranlement ou la percussion fera reconnaître le siége de la maladie. Un autre moyen, souvent utile, est d'imprégner une éponge d'eau chaude ou d'eau froide, et de faire dégoutter sur chaque dent l'une après l'autre quelques gouttes de ce liquide. Le malade éprouve alors une sensation particulière, qui est plutôt agréable que douloureuse si le liquide est tiède, et qui est au contraire pénible s'il est froid. Cependant ces procédés peuvent faire défaut ; alors il est rare qu'en déchaussant un peu la dent de la gencive, on n'arrive pas à trouver son col malade.

Une fois que l'on a trouvé l'organe altéré, on songe à en faire l'extraction. Une fois la cause de la maladie enlevée, les phénomènes ne tendent pas à s'amender ou tout au moins à changer de nature. L'alvéole s'enflamme et s'oblitère en partie; la fistule ne laisse plus écouler du pus et se ferme extérieurement; si le maxillaire était un peu tuméfié, l'engorgement se résout; le malade n'éprouve plus la sensation pénible que lui faisait éprouver l'introduction de l'air par la fistule dans la bouche lorsqu'il aspirait un peu fortement. Tout est terminé; on n'a plus qu'à combattre la difformité qui résulte de la dépression ; c'est alors qu'on s'occupe de la section du trajet fistuleux à la suite de laquelle, comme nous l'avons dit plus haut, le sujet est complètement débarrassé de son infirmité, sinon grave, du moins pénible et même douloureuse.

Chez notre jeune malade, la fistule était entretenue par la carie d'un chicot; en écartant un peu la gencive, qui était déjà boursouflée et le recouvrait en partie, on en fit l'extraction comme nous l'avons dit, et au bout de six jours la fistule était complètement fermée. Depuis lors, toute gêne a disparu et le sujet ne fut plus retenu à l'hôpital que par son affection articulaire dont la guérison n'était pas aussi facile.

Voici une deuxième observation qui montre

bien que le traitement simple, dont nous parlons, peut rapidement mettre fin à une affection longue et ennuyeuse.

Obs. II. — Un homme de 50 ans, de Lyon, portait, depuis 20 mois, une fistule à la mâchoire inférieure gauche; elle rendait sans cesse une suppuration sanieuse et fétide qui incommodait beaucoup le malade; lorsqu'il respirait un peu fortement, l'air s'introduisait par le trajet fistuleux, et il en résultait une douleur très vive; s'il buvait, il sentait souvent le liquide sortir de la joue par la fistule. Il consulta plusieurs médecins qui n'amenèrent aucun changement dans son état. Il entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Pétrequin, qui l'examina avec soin, trouva la dent qui causait la maladie, et en ordonna l'extraction le même jour. Le quatrième jour après l'opération, la suppuration était complètement tarie, et une petite croûte fermait déjà l'orifice externe. On permit au malade de s'en aller. Il revint 10 jours après; la cicatrisation était complète.

J'emprunte au mémoire publié, en juin 1845, dans la *Revue médicale*, par le docteur Marc Olivet, *sur les fistules de la face*, l'observation suivante qu'il a aussi recueillie dans le service de M. Pétrequin, où je l'ai moi-même observée.

Obs. III. — Jean Vaubertrand, marinier, âgé de 19 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 13 février 1844; il est d'une bonne constitution, et n'a jamais fait d'autre maladie que celle qui va nous occuper. A l'âge de 18 mois, il tomba de telle manière que toute la force du coup porta sur le maxillaire inférieur, qui fut fracturé. L'os se nécrosa en partie, et 13 esquilles se détachèrent; depuis 3 ans seulement la guérison est complète. — Il est résulté de cet accident que l'os est un peu atrophié, et que les dents y sont logées à l'étroit; aussi la plupart sont-elles déformées, rabougries; on a même été obligé de faire l'extraction de quelques-unes, qui, par leur direction, gênaient le malade dans la parole et la mastication. Il y a une année et demie, la deuxième petite molaire droite inférieure lui fit mal; elle se caria, la couronne tomba peu à peu, et 10 mois après une fistule se déclara à l'extrémité inférieure de sa racine. Le 16 février seulement l'on s'aperçut de cette fistule (car le malade était entré à l'hôpital pour une contusion du pied); M. Pétrequin la fit avulser, et depuis ce moment les douleurs ont disparu; l'inspiration de l'air n'est plus suivie d'une sensation désagréable; l'alvéole est revenue sur elle-même, et la gencive tend à se fermer. La fistule ne laisse plus passer de liquide, le 21 février, et sa cicatrisation a déjà commencé à l'extérieur. Le 23, le malade sort guéri. Ces observations n'ont pas besoin de commentaires.

Adolphe Giraud,
Élève des hôpitaux de Lyon.

MÉDECINE NAVALE.

III. Moyens d'échapper aux influences fâcheuses qu'on rencontre sur les vaisseaux (1).

« La salubrité des vaisseaux dépend beaucoup des soins que l'on prend pour les nettoyer : rien ne contribue plus que la malpropreté à rendre les habitations malsaines. » (Kerandrn.)

« Et quoties primum purgatur tabulatum, madidatur; quod tamen melius esset ope radularum purgare, sicco manente tabulato.» (Rouppe.)

Montant de la cale sur le pont, nous avons étudié le degré d'insalubrité des divers étages du vaisseau, les influences contre lesquelles le marin doit se tenir en garde.—Pour compléter les réflexions que nous suggèrent les *circumfusa*, il nous reste donc à indiquer ce qu'il convient de faire, ce qu'il faut éviter, au milieu de circonstances quelquefois si contraires à l'exercice régulier de nos fonctions.

L'homme de mer a à redouter les intempéries, les vicissitudes atmosphériques, l'air vicié de l'intérieur de son habitation. Nous sommes sur le pont; avant de le quitter, de retourner dans les parties basses, voyons ce que l'hygiène réclame. Mais, d'abord, parlons de la *propreté* au point de vue général : la propreté, c'est la santé; sans elle tout confortable est inutile, insuffisant, sans elle le séjour le plus heureusement exposé, la construction la mieux entendue, est insalubre; par elle, au contraire, on donne des qualités à une demeure sombre, obscure, humide. Nettoyer à bord est donc la première obligation; il importe de le faire bien, avec intelligence, ce que rend difficile le rassemblement d'un grand nombre de personnes dans un espace aussi limité. Réussit-on généralement? Non, et nous éprouvons un certain déplaisir à l'avouer, parce que l'officier de marine, pénétré d'excellentes intentions, n'épargne jamais ses peines. Pourquoi ses efforts sont-ils impuissants?—Parce qu'il suit une routine aveugle, il fait ce qu'il a vu faire, sans chercher à se rendre compte des effets qu'il produit; il voit trop dans la navigation son but final; il n'arrête pas assez son esprit sur ce qui se passe en dehors des obligations que lui impose l'*art nautique*.—Nous nous élevons contre ce travers; ses longues et pénibles études donnent le droit d'être exigeant. Le gouvernement ne veut pas seulement des Jean Bart, mais aussi des hommes instruits, capables par leur éducation libérale de modifier, d'améliorer le sort de ceux qu'ils sont appelés à commander.

La propreté des bâtiments est mal entendue; on croit trop qu'il est nécessaire de verser l'eau à longs flots pour l'obtenir, que sans une inondation journalière tout est sale, mal entretenu. Sur le pont, ce préjugé a peu d'inconvénients; l'air incessamment agité le dessèche, l'assainit. Il en est bien autrement au fur et à mesure qu'on s'en écarte, qu'on approche de la cale.

(1) Cet article fait suite à divers autres publiés sur le même sujet dans les nos de décembre 1844, janvier, février, avril et juillet 1845.

Il suit naturellement de là qu'au-dessus de la batterie, où nous sommes actuellement, nous n'avons pas de conseils importants à donner au sujet du nettoiement. Nous recommandons de ne point jeter de seaux d'eau inutiles et d'effectuer le lavage, comme autrefois, avant le branle-bas et avant le déjeuner, par le quart du jour seul, parce qu'aussitôt après un repas, à la sortie du hamac, dans cette moiteur que donne le séjour au lit, le refroidissement des pieds gêne la digestion, prédispose à des troubles de tous les appareils. Nous ne déclarons la guerre qu'aux hérésies; nous demandons la conservation des coutumes, quelque anciennes qu'elles soient, quand elles présentent un côté avantageux. Nous comprenons à peine pourquoi, depuis dix ans, on se livre à une pratique si évidemment en désaccord avec les règles hygiéniques que le bon sens seul nous dicte.

L'équipage est divisé en deux bordées qui se succèdent de quatre heures en quatre heures sur le pont pour le service de la manœuvre; il y a douze heures de service sur vingt-quatre et chaque jour ramène les obligations de la veille. Pendant des quarts aussi longs, il serait à désirer que l'équipage fût à l'abri de la pluie, de la grêle, des frimas, qu'il pût se soustraire à la chaleur brûlante, à la lumière trop vive du soleil de certaines régions, comme il conjure les orages, la foudre, en entretenant aux extrémités des mâts le précieux instrument de l'immortel Franklin. Sous voiles, ce n'est guère possible, parce qu'à la mer, avant tout, il faut voir devant soi, autour de soi, au-dessus de soi, embrasser du regard le gréement, l'horizon, le ciel, être toujours prêt à agir, à agir vite et sans encombre, ce que ne permettraient ni les *taux*, ni les *tentes*, etc., etc. Il est donc obligatoire qu'il supporte les injures du temps, n'ayant pour tutamina que ses vêtements, qui feront le sujet d'un chapitre à part. Cependant nous ne pouvons nous empêcher de signaler par anticipation qu'il manque un paletot ciré à la garde-robe du marin, que sa coiffure, qui devrait toujours être en quelque sorte un *parasol*, ou un *parapluie*, est aussi défectueuse que possible; elle est lourde, étroite, dure, à petits bords, gênante, embarrassante, prédispose aux érysipèles, aux ophthalmies, aux congestions cérébrales, etc.

Cependant il est des mesures dont l'oubli augmente ses misères, dont l'observance le protége et le soulage. Par un froid marqué dans les régions voisines des pôles, lorsque le grésil ou la neige tombe, les sabords seront fermés et le capitaine fera bien de se relâcher de sa sévérité habituelle; il y aurait inhumanité à ne point permettre, dans l'intervalle des manœuvres, à la majeure partie de la bordée de quart de se réfugier sous le petit gaillard ou même dans la batterie, en attendant que la nécessité la rappelle. Au cap de Horn, sur la corvette la Naïade, en 1837, nous avons été soumis une quinzaine entière à une température de —5°— à 10° et nous avons applaudi à la sagesse de notre commandant : hors le cas d'urgence, il ne voulait sur le pont que cinq à six personnes, le timonier et les vigies; encore exigeait-il qu'on les remplaçât de trente en trente minutes. Grâce à cette conduite, nous n'avons pas eu de malades pendant cette épreuve longue et pénible. Deux ans plus tard, en agissant avec la même philanthropie, la même prudence, sur le brig le Cuirassier, nous avons eu à peine quelques scorbutiques pendant une croisière de quatre mois sur le banc de Terre-Neuve, par un froid moins vif, mais plus humide, au sein des brumes épaisses qui dans ces parages bornent si fréquemment la vue à dix pas. « La sensation de chaleur extrême est la plus incommode et celle à laquelle les hommes de mer sont le plus souvent exposés » (C. Forget). A moins de calme plat, la ressource la plus efficace (les tentes) n'est point applicable, nous en avons donné les raisons plus haut. Mais les sabords seront ouverts à droite et à gauche; on arrosera les gaillards de temps en temps; si les voiles basses ne portent pas, ne sont point enflées par la brise, on les laissera lâchement sur leurs cargues; leur agitation entretiendra une certaine fraîcheur. La lumière étincelante du voisinage des tropiques, de l'équateur, n'est pas moins à redouter que la chaleur; le marin pourtant n'a pour échapper à son influence fâcheuse que la visière de sa casquette, le bord de son chapeau qui, par une contradiction que nous ne nous sommes jamais expliquée, est d'une exiguité qu'augmente généralement une obliquité en sens inverse de celle qu'indique la moindre expérience.

A l'ancre, les travaux sont concentrés au dedans, les voiles sont serrées, rien n'oblige à rester à ciel ouvert. Il est permis de se soustraire aux intempéries, de s'abriter, par les moyens les plus convenables, de la pluie, de la neige, du froid, de mettre en place le taux dans la batterie ou de descendre même dans le faux-pont; contre la chaleur et la lumière, d'user des tentes et des rideaux, dans les embarcations aussi bien qu'à bord, sans négliger l'ouverture des sabords et l'arrosage d'heure en heure. Les bains ne seront pas oubliés; pris à l'ombre du navire le matin ou le soir, ils maintiennent le corps dans un état de fraîcheur, de bien-être qui régularise les fonctions, assure la digestion, rend le sommeil paisible, réparateur. Dormir en plein air, au clair de lune, est toujours dangereux, même entre les tropiques où les nuits sont si douces, si belles, si séduisantes; parce qu'elles sont fraîches, humides et trop claires. La promenade et les jeux qui nécessitent des mouvement sont salutaires, on aurait tort de négliger ce précepte.

Enfin, si l'on n'y prend pas garde, aux deux extrémités du pont, sur l'avant et sur l'arrière, l'atmosphère est pénétrée d'odeurs désagréables, de gaz de fosses d'aisance; la poulaine et les bouteilles exigent une grande surveillance, un nettoyage sévère dans lequel il est convenable de faire entrer une préparation de chlore, sinon tous les matins, au

moins trois ou quatre fois par semaine.

Passons maintenant à l'hygiène de l'intérieur, et pour abréger, pour éviter les redites fastidieuses, plaçons-nous dans le faux-pont; et là, notre regard au besoin plongera dans la cale ou s'élèvera dans la batterie. — « La santé dépend de l'équilibre du chaud et du froid, du sec et de l'humide. » Ces mots montrent mieux que la dissertation la plus longue les luttes que le navigateur a journellement à soutenir pour la conservation de sa santé, l'embarras, les difficultés que le médecin rencontre pour lui assurer une respiration facile, écarter les causes premières de maladie.

L'air (pabulum vitæ), c'est la vie; sans lumière, la vie est une déception; comme la plante, en effet, *sans lumière* l'homme s'étiole, languit, traîne une existence pénible. — Il faudrait que l'air et la lumière pénétrassent librement dans les coins les plus reculés du bâtiment; l'air agité, l'air qui circule librement écarte l'humidité, les miasmes, le danger qu'on y trouve dans l'état actuel des choses. — Voilà posé le problème dont la solution serait la plus brillante conquête de la navigation. Il y a quinze ans, on l'a abordé plus franchement que par le passé, et, sans le résoudre complètement, on a fait un pas en reconnaissant la possibilité d'ouvrir des écoutilles plus larges, de percer des hublots dans l'entrepont des brigs et des vaisseaux. — En attendant du temps la perfection, nous devons y suppléer par des moyens artificiels.

Les émanations les plus à craindre s'élèvent de la sentine; ce point nous occupera tout d'abord. — C'est le fond de la bouteille à l'encre, l'égout du quartier qui, par sa déclivité, reçoit mille détritus, l'eau perdue dans les distributions, le vinaigre, le vin, l'eau-de-vie d'une pièce qui se défonce, la mer qui filtre à travers le vaigrage, mille parcelles de matières végétales et animales, les éléments, en un mot, d'une fermentation dont les produits sans cesse renaissants sont d'autant plus redoutables que la température est plus élevée. Si l'inondation peut être permise, obligatoire même, c'est ici : *de deux maux le moindre.* « Je regarde, dit M. Kéraudren, celui qui le premier eût le courage d'ouvrir à la mer un passage dans l'intérieur d'un vaisseau comme l'auteur d'une invention qui a depuis beaucoup contribué à la santé, à la conservation du marin. » Oui, sans doute, cette réflexion est pleine de vérité; les robinets, qui, à notre gré, aujourd'hui apportent un jet d'eau rapide dans le bas-fond des navires, sont seuls susceptibles de balayer cet espace, de délayer le sédiment vaseux, noir, infect, qu'il contient, pour permettre aux pompes de s'en emparer, de le verser au dehors. — Dans toutes les saisons, dans tous les climats, il est nécessaire d'y recourir, une fois par semaine dans le nord ou près des régions polaires, une fois par jour près de la ligne équatoriale, toutes choses égales d'ailleurs, plus souvent sur les rades, parce que les filtrations du dehors sont moindres que sous voiles, plus souvent enfin sur les bâtiments neufs, qui généralement mouillent très peu.

Nous ne parlerons du lavage du faux-pont que pour en signaler les inconvénients, que pour le proscrire; tous les médecins, tous les philanthropes sont de cet avis; il n'est tolérable que par les temps secs et chauds; encore faut-il toujours verser l'eau timidement et ne jamais employer celle de la mer qui, en se vaporisant, dépose constamment une couche de sel avide d'humidité, s'emparant des vapeurs de l'atmosphère, les retenant, les fixant d'un jour à l'autre. La meilleure propreté, même dans la batterie qui sèche plus facilement, est celle qui se fait à sec avec le sable, la brique, la gratte et le balai; et les qualités du sable ne sont pas indifférentes: celui de rivière est le seul à employer pour des raisons faciles à déduire de ce qui précède.

Pour renouveler l'air, lui donner cette agitation qui prévient des effets pernicieux, plusieurs moyens ont été proposés, plusieurs machines ont été en vogue. Nous n'avons pas l'intention de les énumérer toutes, moins encore d'en donner la description, nous pouvons mieux employer nos instants. — Les ventilateurs de Halles et de Brindesons, qu'on entend citer avec éloges, ne nous ont paru rien valoir; ils ont un grand développement, occupent beaucoup de place, réclament plusieurs hommes pour entrer en action et produisent un effet si faible qu'une bougie placée dans le courant s'éteint difficilement. Nous ne craignons pas d'avancer que les réchauds et les manches à vent leur sont bien supérieurs et les seuls appareils qui rendent aujourd'hui des services réels. Les premiers ont deux actions : il dessèchent autour d'eux; par la dilatation qu'ils produisent dans leur sphère d'activité, ils sollicitent des courants dont la rapidité est en rapport avec l'activité des foyers; aussi le four est-il, selon nous, merveilleusement placé dans l'entre-pont; ce serait un tort de l'établir sur le pont comme on est contraint de le faire sur les bâtiments marchands et ainsi que l'ont proposé des innovateurs irréfléchis. La manche à vent que nous supposons connue, puisque nous nous adressons aux praticiens navigateurs, la manche à vent, dans l'état actuel de nos connaissances, est le meilleur ventilateur, le plus simple, le plus efficace, le moins dangereux; elle ne donne pas cependant tout ce qu'elle pourrait; sa confection laisse quelque chose à désirer et on l'établit sans intelligence. C'est un long canal ou conduit, un énorme vaisseau chargé de porter au dedans l'air extérieur. Toute compression, tout étranglement, en diminuant sa capacité, diminue la circulation qui fait toute sa valeur. Pour y obvier, il faudrait qu'on soutînt ses parois par des cercles ou anneaux rapprochés l'un de l'autre de $0^m,30$ à $0^m,40$, au lieu d'un mètre, un mètre et demi, comme c'est l'usage, parce qu'ainsi, se détournant de sa route sur le bord d'un panneau, dans ces coudes obligés, elle perdrait à peine de son calibre sans devenir plus difficile à manier. — Nous pensons qu'il est préférable

de laisser l'extrémité inférieure largement ouverte, qu'un plancher surmonté au pourtour de trois ou quatre fenêtres contrarie son jeu, affaiblit ses services, et qu'on ne peut que perdre encore par ses divisions bifides ou en jambes de pantalons. Cirée ou au moins peinte à l'intérieur, la trompe nous semblerait offrir encore plus de garantie; ce serait une immense trachée ressemblant beaucoup plus à celle des animaux supérieurs, et il est raisonnable de se rapprocher le plus possible de la nature lorsque nous voulons l'imiter dans ses résultats.

L'hygiène navale a donc deux ventilateurs sur lesquels elle peut compter : *le réchaud et la manche à vent.* Malheureusement il est des circonstances qui en défendent l'emploi des jours, une semaine. Le four est dangereux pendant les tempêtes toutes les fois que la lame est grosse, que le vaisseau éprouve de rudes secousses; par la pluie qui oblige à fermer les panneaux, il manque son but. Dans ces mêmes conditions et par les calmes, la trompe est inutile, et c'est pourtant alors, notons-le bien, que la sentine répand le plus de miasmes, qu'il importe le plus de renouveler l'air. Ces contrariétés sont réelles, et dans une navigation longue ne manquent pas de se répéter. Il fallait donc y remédier autrement, dans l'impuissance où l'on était de renouveler l'atmosphère; il fallait la débarrasser en totalité ou en partie des gaz qui la souillent. On s'est d'abord adressé à la chaux en dissolution dans de grands vases à larges ouvertures pour détruire l'acide carbonique toujours en proportion considérable dans le faux-pont d'un vaisseau; c'était un pas qui en promettait un autre, et en effet, plus tard, on a pensé que la chaux rendrait de plus grands services étendue sous forme de peinture sur les parois, les cloisons du navire; on a eu raison, et tous les samedis maintenant le pinceau en étend une couche nouvelle dans la cale et dans l'entre-pont. Cela ne suffisait pas, il fallait autre chose : la chimie est venue en aide, mais, avant qu'elle ne fournît le procédé le plus efficace, on a multiplié des essais qu'avec sagesse on ne répète plus aujourd'hui. Les fumigations de tabac, de goudron, de vinaigre, de poudre à canon, etc., ridiculement vantées si longtemps, étaient nuisibles, jamais utiles; elles masquaient les odeurs par d'autres odeurs; elles augmentaient la viciation de l'air au lieu de l'affaiblir. C'était l'enfance de l'art que le chlore nous fait oublier.

Hallé, en 1785, découvrit le premier l'action antiseptique du chlore; il le signala comme avantageux dans son rapport sur les fosses d'aisances; six ans après, en 1791, Fourcroy le recommanda pour désinfecter les cimetières, les étables, les hôpitaux, etc.; et, en 1800 à peu près, avec une persévérance digne des plus grands éloges, Guyton de Morveau popularisa ces idées qu'on ne tarda pas à mettre à profit sur la flotte. Le chlore en effet décompose tous les produits organiques, les prive de leur odeur, détruit les miasmes en s'emparant de l'hydrogène qui les suspend dans l'atmosphère. On le dégage en chauffant dans une écuelle en terre 3 parties de sel marin, 2 parties de peroxyde de manganèse, 2 parties d'acide sulfurique étendu de 4 parties d'eau; ou bien, se servant du peroxyde de manganèse et de l'acide hydrochlorique seulement, on place sur un fourneau 3 parties d'acide hydrochlorique étendu et une partie du peroxyde. Ces deux procédés, qui sont efficaces, ont le défaut de nécessiter l'emploi du feu, ce qui ne permet pas de diriger la fumigation à son gré; la crainte d'accident empêche de porter l'appareil dans les endroits les plus étroits, les plus reculés, les plus obscurs, où il est le plus impérieusement réclamé. Cette considération a fait donner la préférence à la réaction de l'acide muriatique sur le chlorure de chaux qui donne à froid un produit dont la force se règle avec une extrême facilité. Voici comment on opère pour fumiger une cale, un faux-pont : dans un grand vase à large ouverture on dissout 500 parties du chlorure sec dans l'eau de manière à avoir un lait de chaux un peu épais, et on y verse, en agitant le mélange avec un bâton, 150, 180 ou 200 parties d'acide hydrochlorique.

Le chlore est suffocant, il exerce sur les organes respiratoires une action irritante très vive; il produit le resserrement de la poitrine, une sorte de strangulation, une toux sèche incessante; il excite le crachement de sang, etc., etc. Il est par conséquent indispensable d'évacuer les lieux où on veut le répandre; il n'est pas moins nécessaire de fermer les écoutilles, toutes les issues, afin de le retenir, de le concentrer et de maintenir les choses en cet état une heure, une heure et demie, parce qu'il lui faut ce temps pour épuiser toute son action.

Le chlore, comme l'oxygène, se combine directement avec la plupart des métaux; il les oxyde, les noircit. Il est de rigueur de se le rappeler et de mettre toujours un rideau sur les différentes armes pour éviter leur détérioration.

Pendant près de vingt ans on employait ainsi, d'une manière presque exclusive, le chlore gazeux. En 1815, M. Thénard proposa le chlore liquide, qui est dans la navigation une précieuse ressource pour les besoins journaliers. Nous employons fréquemment le chlorure de chaux liquide formé, d'après la formule de Labarraque, d'une partie de chlorure sur 20 parties d'eau. Ce mode de désinfection est moins prompt, moins actif que celui par le chlore gazeux, mais il a le grand avantage de n'exiger aucun préparatif, de ne point interrompre les communications, de ne gêner en rien les occupations de chacun; de plus, il trouve son application en tous lieux et à toute heure; il convient seul dans l'hôpital, parce que son dégagement gazeux n'irrite aucunement les voies respiratoires les plus susceptibles; il est avantageusement répandu dans le puits, sur le câble ou sur la chaîne quelque jours après l'appareillage, dans la cale lorsque les lavages enlèvent difficilement les sédiments noirâtres, infects; lui seul enfin peut être mis en usage pour purifier les bouteilles, les bailles d'aisance, les urinaux, etc., etc.

L'unique reproche que mérite ce procédé, c'est d'ajouter un peu à l'humidité du bord. L'avouer, c'est faire preuve d'une conscience trop grande; car cet inconvénient n'est rien à côté de celui des lavages tels qu'on les pratique habituellement.

Ce serait en vain qu'on mettrait à profit avec soin et intelligence tous les agents purificateurs dont nous venons de nous occuper, si l'on ne songeait à la salubrité d'un navire qu'après sa mise à l'eau. Une maison construite avec un mortier de sable de mer est, quoi qu'on fasse, toujours humide; son insalubrité est dans le muriate de soude dont ses murs sont imprégnés; il en est absolument de même d'un bâtiment dont le bois qui le forme est resté submergé jusqu'au moment de son emploi. Dans un intérêt général bien entendu, on devrait, pour les constructions navales, n'employer que des madriers conservés à l'air libre. A cet égard, nous trouvons de judicieux conseils dans le Mémoire sur les causes des maladies des marins, du docteur Kéraudren. « On doit s'occuper de la salubrité des vaisseaux même avant de les construire. Il est deux manières de conserver dans les arsenaux maritimes les bois destinés à la construction; on en dispose les pièces par piles ou on les tient simplement au fond de l'eau. La première méthode paraît préférable, surtout si l'on prend en même temps des précautions pour les défendre des injures de l'air et de l'ardeur du soleil. En cet état, le bois se sèche et se conserve d'autant mieux qu'on aura ménagé dans l'intérieur des piles des intervalles propres à favoriser l'introduction et la circulation de l'air. Lorsque les pièces sont restées plus ou moins longtemps dans l'eau, on ne doit pas les mettre en œuvre aussitôt qu'on les en a retirées, elles renfermeraient alors un germe d'humidité indestructible; on a plusieurs fois été forcé de regarder cette circonstance comme la seule cause des maladies qui avaient entraîné la perte presque entière des équipages; et, pour assainir les navires qui avaient été le théâtre de ces désastres, il a fallu les laver à plusieurs reprises avec de l'eau douce, et y allumer ensuite des feux pour les dessécher complètement. Si nos vaisseaux sont aujourd'hui moins insalubres, cet avantage est dû en partie à l'attention que l'on a, après avoir placé la membrure, de la laisser exposée à l'air avant d'y appliquer le bordage. Il serait, par la même raison, dangereux d'étendre de la peinture ou du goudron sur du bois encore humide.

Pour résumer ce chapitre en peu de mots, nous dirons : 1° l'hygiène exige qu'on s'occupe de la salubrité du vaisseau même avant sa mise sur les chantiers, que le bois destiné à sa construction soit parfaitement sec; 2° que partout, de la cale sur le pont, il y règne une propreté parfaite; 3° que les lavages, aussi rares que possible, se fassent à l'eau douce; 4° que les écoutilles, les sabords, les hublots, soient ouverts dès que le temps le permet; 5° que les manches à vent s'établissent, hors les pluies, par la plus faible brise; 6° que des fumigations générales de *chlore gazeux* se répètent tous les dix ou quinze jours, et qu'on répande du *chlorure de chaux liquide* 3 et 4 fois par semaine, selon le besoin, dans les parties les plus habituellement infectes.

ALPH. GUÉPRATTE.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

IV. Traitement de la hernie ombilicale chez les enfants.

Monsieur le rédacteur,

C'est une chose bien capable d'exciter l'étonnement que la facilité avec laquelle, au temps qui court, on s'adjuge le bien d'autrui! Cette remarque très générale peut s'appliquer particulièrement aux procédés de la chirurgie moderne. On s'attribue, avec autant de sans façon, les œuvres de ses devanciers, ou même celles de ses contemporains, que toute autre propriété. Je ne nierais pas qu'il n'y ait, parfois, simple coïncidence, et que plusieurs personnes ne puissent inventer la même chose: les exemples n'en manqueraient certes pas. Mais cela n'est point commun, et le contraire arrive trop souvent. Soit dit en passant, c'est là un argument de plus en faveur de l'érudition, tant prisée autre fois, tant décriée aujourd'hui. A la vérité, ceux qui la déprécient ont de bonnes raisons pour en agir ainsi. « *Ils sont trop verts !...* » Avec plus d'érudition, les écrivains de notre temps ne seraient pas condamnés à refaire toujours ce que l'on a fait avant eux. Au lieu de recommencer sans cesse le vain labeur de Sisyphe, ils emploieraient à trouver de nouveau la force créatrice qu'ils ont reçue de la nature.

J'ai le droit d'émettre ces réflexions, car, pour mon compte, et pour ne citer qu'un fait, je dirai que mon bandage contre les hernies des très jeunes enfants m'a été.... *plagié* cinq fois.

Depuis l'époque (1) où j'ai publié mon article sur l'emploi des bandelettes de diachylon appliquées aux ruptures infantiles, ce procédé a été *inventé de nouveau* par M. Malgaigne(2), par MM. de Balestrier et Chabrely, de Bordeaux (3), par M. Trousseau (4), etc. Enfin, voici venir encore M. Seutin, de Bruxelles(5)! Sera-ce enfin le dernier? Bien entendu qu'aucun de ces messieurs ne fait mention quelconque du premier qui a proposé ce moyen de traitement! Et pourtant j'ai déjà réclamé à ce sujet (6)! Et pourtant, M. Munaret, lui, a

---

(1) Dans ce journal-ci, n° de décembre 1834, p. 110.

(2) Gaz. méd. de Paris, 1840, p. 118.

(3) Journ. de méd. et de chir. prat., avril 1844, p. 150, art. 2778.

(4) Ibid., p. 457, art. 2917.

(5) Journ. des conn. méd. chir., 1845, octobre, p. 159.

(6) Journ. de méd. et chir. prat., 1844, p. 521.

bien voulu adopter mon bandage et en transcrire la description dans une citation loyale (1)! Et pourtant le Journal de médecine et de chirurgie pratiques, en rendant compte du spirituel ouvrage dont je viens de nommer l'auteur, a relaté aussi le passage emprunté !

De guerre lasse, je me serais tu, cette fois, n'eût été le péril que peut offrir un des préceptes malheurensement ajoutés aux miens par M. Seutin, et l'inutilité d'une autre addition du même chirurgien. Et puis, le nom de M. Seutin rendant plus dangereux encore le conseil en question, j'ai cru que je devais parler.

Il s'agit d'abord de la boulette en coton que le médecin belge applique sur la hernie, pour la repousser, et avant d'appliquer les bandelettes adhésives.

Déjà M. Malgaigne avait proposé une chose du même genre, en 1840. C'était un champignon ou un bouton en ivoire; et j'avais démontré que ce corps, en remplaçant la hernie, de l'extérieur à l'intérieur, dans l'hiatus qui lui avait donné passage, entretenait l'ouverture anormale qu'il importait de laisser fermer. Je l'avais écrit: *c'était là une hernie retournée.*

J'aurais pu répéter cela de la demi-sphère en cire de MM. de Balestrier et Chabrely;—malheureusement elle est bientôt ramollie et déformée!—de la compresse graduée de M. Trousseau, etc., etc. Qu'il me soit permis de le rappeler ici: il suffit d'une plaque de sparadrap soutenue par quelques tours d'une bande de cette préparation emplastique; ou même de ce ruban seul et sans autre pièce d'appareil. Mise ainsi à plat, cette déligation laisse à la nature toute facilité pour oblitérer le pertuis ou le trajet anormal.

Passons à présent à l'addition de la bande amidonnée par dessus le sparadrap, « qu'elle » ne recouvre d'ailleurs que pendant quelques » heures, pour le faire adhérer !... » *Risum teneatis!* Comprenez-vous que des bandes en toile enduites d'empois *humide* et qui n'ont pas même le temps de sécher, puissent *assurer* la solidité d'une substance résineuse qui se colle sur-le-champ, comme on sait? Vous conviendrez avec moi que c'est pousser un peu loin l'*amylomanie*!

En somme, les *perfectionnements* de MM. Malgaigne, de Balestrier, Chabrely, Trousseau et Seutin sont malheureux; ce dernier surtout frise de près le ridicule. Espérons qu'on n'ajoutera plus rien désormais à un procédé qui, dès le principe, offrait la perfection de la simplicité, si l'on peut s'exprimer ainsi. Espérons encore qu'on ne me dépouillera plus, à l'avenir, du mérite, faible si l'on veut, d'avoir trouvé là ce qu'on avait inutilement cherché avant moi.

Agréez,

Prosper MEYNIER, D.-M.-P.,

premier lauréat de la Faculté de médecine de Strasbourg et des hôpitaux militaires d'instruction.

Ornans (Doubs).

(1) Du médecin des villages, etc.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

DE LA PELLAGRE, de son origine, de ses progrès, de son existence en France, de ses causes et de son traitement curatif et préservatif; par Théophile ROUSSEL, docteur-médecin, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut de France (2).

En rapportant dernièrement (3) plusieurs faits de pellagre observés à Paris, nous avons promis de parler du livre que M. Théophile Roussel vient de publier sur cette maladie endémique qui ravage nos départements méridionaux. Dans cet article, nous n'avions pu, à cause de la longueur des observations et des réflexions particulières auxquelles elles fournissaient matière, donner la description de cette maladie encore peu connue et cependant si importante à connaître. Nous ne pouvons mieux faire, pour accomplir cette tâche, que d'analyser l'excellente monographie de M. Th. Roussel. Ce sera, d'ailleurs, le meilleur moyen de rendre justice à cette publication.

Nous avons déjà, dans notre n° de novembre, rapporté, d'après cet auteur, l'historique de la pellagre depuis la découverte de l'existence de cette maladie jusqu'à nos jours. Cet historique formait la première partie du livre de M. Roussel. La deuxième est intitulée: Exposition pathologique. Lorsque l'histoire de la pellagre sera mieux connue, dit-il, on pourra réunir dans un seul cadre tous les symptômes propres à cette maladie. Mais c'est ce qui n'a pu encore être fait, à cause des erreurs nombreuses qui ont régné sur sa nature et sur son étiologie, celles qui ont été occasionnées par des complications diverses. Pour éviter de donner une description trop vague, l'auteur a tracé autant de tableaux séparés qu'il y a de pays dans lesquels la maladie a été observée isolément. Ces tableaux sont au nombre de six, sous les titres suivants: pellagre de la Lombardie, scorbut des Alpes, mal de la rosa des Asturies, mal de la Teste ou pellagre des Landes, pellagre du Lauraguais (Haute-Garonne et Aube), cas de pellagre observés dans le centre de la France. La juxtaposition de ces tableaux fournit la preuve que la pellagre est

(2) 1 vol. de 400 pages in-8°; à Paris, au bureau de l'Encyclographie médicale, 7, rue Neuve-de-l'Université.

(3) Voy. le n° de novembre 1845. Cette analyse peut d'ailleurs être considérée comme la suite et la fin de l'article de clinique médicale de ce n°.

une maladie vraiment une, la même partout.

M. Roussel divise la pellagre en trois périodes. La première est celle qui est le moins bien caractérisée, ce qui tient à ce qu'il est extrêmement rare que l'on puisse observer des pellagreux au début de la maladie. Celui-ci, ordinairement lent et insidieux, consiste d'habitude en des symptômes mal déterminés, tels que de l'inappétence, du dégoût, de la pesanteur de l'estomac, de la sécheresse à la bouche, un affaiblissement croissant, lesquels restent plus ou moins longtemps sans signification, jusqu'au moment, dit l'auteur, où les prémières chaleurs du printemps, imprimant à l'économie du pellagreux une brusque secousse, font éclater l'éruption cutanée, escortée presque toujours de quelque trouble dans l'innervation. Mais on a pu voir dans l'observation que nous avons prise dans le service de M. Rayer (1) qu'il se passe quelquefois bien des printemps avant le développement de cette éruption, puisque, chez cette femme dont la maladie a duré sept ou huit ans, l'éruption ne s'est montrée que le même nombre de semaines avant la mort.

L'érythème pellagreux, d'après l'expression de M. Roussel, germe, pour ainsi dire, sous l'influence des rayons solaires. Toutefois, chez la malade que nous avons citée, l'érythème se développa, tout-à-fait à l'abri des rayons solaires, pendant le travail de la couture en chambre, à la fin de juin ou au commencement de juillet. L'auteur dit lui-même plus loin que l'insolation n'est pas toujours nécessaire à l'apparition de l'éruption.

A sa première apparition, celle-ci consiste en plaques ou taches de grandeur variable, d'une rougeur qui va du rose au rouge sombre, disparaissant en général sous le doigt, et quelquefois d'un aspect érysipélateux. Elles se montrent sur les points du tégument exposés habituellement au soleil, sur le dos des mains et des pieds, aux avant-bras, sur la région sternale, et parfois, mais rarement, sur le front, les joues, au pourtour des orbites. Cette éruption, suivant Strambio, est ordinairement accompagnée d'une cuisson que l'insolation exaspère. Assez souvent les plaques se recouvrent de vésicules ou de bulles irrégulières. En général, au bout d'un temps variable, l'épiderme des parties altérées se détache et tombe en lames furfuracées. D'autres fois, la peau des régions exposées au soleil brunit, se dessèche, et son épiderme tombe sans apparence de phénomènes phlegmasiques.

Avec l'éruption apparaissent les symptômes nerveux : faiblesse, répugnance très grande aux mouvements, tristesse, tintements d'oreilles; si les malades s'exposent sans précaution au soleil, il est rare qu'ils n'éprouvent pas de vertiges et d'autres accidents nerveux intenses. Quelquefois, et particulièrement chez les individus qui se tiennent à l'abri du soleil, le printemps peut se passer sans autres symptômes que de la faiblesse et de l'abattement, des douleurs le long du dos, surtout au sacrum et aux extrémités. On a enfin observé des tremblements ou de légères convulsions et dans quelques cas le délire dès la première année.

Dans cette première période apparaissent aussi divers dérangements des fonctions digestives, quelquefois la constipation, plus souvent la diarrhée.

Ces symptômes, après avoir acquis une intensité croissante pendant plusieurs semaines, restent stationnaires et s'atténuent ensuite peu à peu ; souvent même ils disparaissent presque complètement vers le solstice d'été. On a vu la maladie, enrayée pendant les mois de juillet et d'août, éprouver une recrudescence durant l'automne. Constamment la maladie semble cesser dès que l'on approche des froids de l'hiver, en sorte que les malades peuvent se croire guéris, au moins quant aux accidents nerveux et aux lésions cutanées. Il peut même arriver que les pellagreux conservent une ou deux années de repos; mais ce n'est jamais qu'une trève trompeuse et de plus ou moins courte durée. En général, le printemps nouveau ramène avec lui le nombreux cortége de symptômes que le printemps précédent avait vus naître. Toutefois, ce n'est le plus souvent qu'après la troisième ou la quatrième attaque que l'on voit les malades obligés par l'accroissement de leurs maux de renoncer aux durs travaux qui sont l'apanage de la classe d'hommes sur laquelle règne la pellagre. C'est à ce terme que M. Roussel fait commencer la seconde période.

A cette époque, l'éruption cutanée perd l'aspect érythémoïde; elle se couvre de vésicules, de bulles et même de pustules dont le liquide, en se desséchant, forme des squames ou des croûtes. La peau devient brunâtre, rugueuse et comme desséchée; l'épiderme se soulève sous forme d'écailles qui laissent voir en tombant une peau luisante et d'un rouge livide. Chez quelques malades le front et les pommettes se couvrent de petits tubercules d'un aspect terreux ou semblables à des végétations cornées. Parvenues à ce point, les altérations cutanées ne disparaissent plus complètement, même pendant l'hiver.

En même temps, une mélancolie profonde s'empare des malades ; faiblesse excessive, surtout dans les membres inférieurs ; ils éprouvent une ardeur brûlante aux extrémités, particulièrement aux pieds et pendant la nuit ; chez un grand nombre il y a de la diplopie ; ils éprouvent dans la tête des douleurs bizarres. « Les facultés intellectuelles se troublent et s'affaissent. La pensée du suicide vient souvent tourmenter ces malheureux, et c'est surtout vers l'eau que les dirige cette impulsion fatale. »

Les dérangements des fonctions digestives suivent, dans cette seconde période, une progression aussi marquée, et en général plus continue que les autres symptômes; la diarrhée est le symptôme prédominant.

A ce degré du mal, l'hiver n'apporte plus

(1) Voy. le n° de novembre 1845, page 182, 2e colonne.

de rémission aux symptômes, si ce n'est quelquefois à l'éruption cutanée. Chez les femmes, il apparaît souvent des symptômes de chlorose ; d'autres fois, ce sera de la leucorrhée, de l'aménorrhée, ou bien, au contraire, de la métrorrhagie; presque toutes sont disposées à l'avortement.

On a constitué la troisième période de la pellagre en réunissant tous les symptômes graves qui montrent que la maladie est au-dessus des ressources de l'art ou de l'hygiène, et que la terminaison, inévitablement fatale, aura lieu dans un temps peu éloigné. Beaucoup de pellagreux sont alors dans un état de démence ou de stupidité complète; la physionomie est vieillie chez les plus jeunes ; l'amaigrissement est excessif; quelques-uns cependant conservent un embonpoint flasque et blafard. Les membres inférieurs sont parfois complètement paralysés. La peau peut alors présenter des caractères analogues à ceux de l'ichthyose et de l'éléphantiasis.

Les malades sont, le plus souvent, emportés par des maladies intercurrentes, comme des phlegmasies diverses (1), le typhus, la phthisie pulmonaire; les malades succombent quelquefois aussi à une dysenterie, ou bien à une diarrhée séreuse que rien ne peut modérer. L'hydropisie ascite et l'hydropisie générale sont aussi des terminaisons très fréquentes de la pellagre. D'autres fois les malades périssent de fièvre lente.

Dans les provinces vénitiennes, c'est souvent le scorbut qui vient terminer la scène : de là le nom de *scorbut alpin* donné à la pellagre dans ces localités.

Enfin, on voit quelques individus, et ce sont, de préférence, les plus jeunes et les mieux constitués, périr de fièvres nerveuses, ataxiques, et même au milieu des symptômes de la méningite elle-même.

La durée de la pellagre est toujours de deux ou trois ans au moins. Mais on l'a vue, arrivée à la seconde période, rester stationnaire pendant dix, vingt ans, ou même davantage.

Tel est l'abrégé succint de la marche de la pellagre de Lombardie. Nous avons choisi celle-ci comme type, parce que c'est celle qui a été le mieux décrite, celle que l'auteur expose de la manière la plus complète. En comparant, d'ailleurs, ce tableau avec les trois observations de pellagre que nous avons données dans notre numéro de novembre 1845, on voit qu'il s'y applique assez bien. On trouvera, d'ailleurs, dans le numéro de juillet, même année, page 40, un rapport succinct sur la pellagre, telle qu'on l'observe dans les Landes.

M. Roussel a consacré un chapitre à la description d'un des phénomènes les plus caractéristiques de la pellagre, la *folie pellagreuse*. La folie s'observe chez tous les pellagreux à un degré quelconque, et elle n'a pas épargné la pellagreuse de la Charité. Strambio et Casal ont noté dans la folie des pellagreux cette variété du délire des pellagreux qu'on a nommée lycanthropie; ces deux auteurs ont en outre noté que cette variété de mélancolie s'associait ordinairement à la monomanie suicide, et un cachet tout particulier à la lypémanie pellagreuse, c'est la propension effrénée, suivant l'expression de Strambio, que les malades éprouvent à se jeter dans l'eau. Ils se *noient*, a dit M. Léon Marchand, en parlant des pellagreux des Landes, et M. Calès a fait la même remarque dans le Lauraguais. Cette tendance au suicide, ajoute Strambio, qui l'appelle *hydromanie*, s'observe même parfois chez ceux qui, jouissant de leur raison, connaissent très bien ce qu'il y a de criminel dans cet acte et voudraient éviter de l'accomplir.

Le chapitre VIII de l'auteur traite des complications, des anomalies du diagnostic différentiel et du pronostic qui est toujours fatal; le neuvième des altérations cadavériques qui se bornent à peu près à ce qu'on observe à la peau du vivant des malades; le dixième offre un résumé analytique des phénomènes de la pellagre.

La troisième partie de l'ouvrage de M. Roussel est intitulée : Pathogénie et étiologie. C'est la partie la plus importante de l'ouvrage. L'auteur pense que la thérapeutique a peu à faire dans le traitement de la pellagre, et en cela il est d'accord avec tous ceux qui ont été à même d'observer cette redoutable affection. Mais, d'un autre côté, il a pensé que si l'on pouvait établir d'une manière irréfragable le point de départ de la pellagre, on parviendrait avec de la bonne volonté à éteindre l'endémie.

Mais M. Roussel a-t-il bien complètement résolu la question d'étiologie? Voilà ce qu'il nous est impossible de décider, à nous qui sommes éloignés de la scène, surtout lorsque nous voyons les médecins italiens être loin de s'accorder sur cette matière, qui, à l'heure qu'il est, est chaudement controversée.

C'est par voie d'exclusion que l'auteur est arrivé à se former, sur la cause de la pellagre, une idée qu'on peut certainement appeler très absolue et très décidée. La pellagre, selon lui, est une sorte de cachexie, comme le disait Sauvages, produite par une alimentation défectueuse. C'est uniquement sur la classe la plus malheureuse qu'elle exerce ses ravages. Les malheureux ne manquent nulle part, et l'on n'observe encore la pellagre que dans un nombre très limité de pays. Quels sont donc ces pays? ce sont ceux où le peuple fait sa nourriture exclusive, ou du moins prépondérante, avec la farine de maïs. Sans doute, il existe des causes accessoires ou secondaires; mais celles-là ne sauraient seules produire la pellagre. Maintenant, si l'on objecte à l'auteur que la maladie n'existe pas dans les lieux où le maïs est originaire, il répond, avec le docteur Balardini, que le maïs transplanté des climats méridionaux dans les climats septentrionaux, à cause des riches produits qu'il fournit, que le maïs, disons-nous, ne mûrit pas toujours bien dans

(1) La pellagreuse de la Charité a succombé à une péricardite.

ces derniers climats et qu'il y est sujet à une altération particulière très fréquente que les Italiens appellent *verderame*, ou vert-de-gris, à cause de sa couleur. M. Roussel fait remarquer que la pellagre ne sévit que dans les localités où le maïs mûrit mal et où il contracte cette altération spéciale. Il ajoute que dans certaines parties de la Bourgogne on obvie à l'inconvénient du défaut de maturité du maïs en le passant au four : la pellagre ne s'observe point dans ces localités. A l'appui de cette assertion, M. Roussel cite des faits de guérison de la pellagre par le seul retour à l'usage du pain de blé ; c'est ce qui s'observe assez souvent, dit-il, chez les gens de la campagne qui trouvent à se placer comme domestiques dans des maisons opulentes où ils cessent de vivre de farine de maïs. La marche de la pellagre, si elle n'est pas trop avancée, se trouve ainsi enrayée. Retournent-ils dans leurs campagnes, ils y reprennent leur ancienne et fatale alimentation et voient revenir les accidents de la pellagre. Ces faits ne manquent pas de valeur. L'auteur aborde franchement les opinions et même les faits contradictoires, et les combat habilement. Il en est quelques-uns qu'il est très difficile de faire entrer dans cette explication, notamment les trois cas observés à Paris et que nous avons rapportés dans le n° de novembre 1845. Les deux premiers sont rapportés dans son livre. Comme aucun de ces trois malades n'a fait usage de la farine de maïs comme aliment, ils s'ensuivrait que la pellagre peut se développer hors de cette condition que l'auteur regarde comme absolument nécessaire. On ne peut guère prendre au sérieux cette raison qu'il donne que les deux premiers pellagreux, ceux de Saint-Louis, ont pu faire usage de la farine de maïs dans leur alimentation sans se le rappeler. Cette nourriture est inconnue aux environs de Paris, et la pellagreuse de la Charité ne savait même ce qu'on lui voulait dire quand on lui parlait de farine de maïs. Pour que cette alimentation exercât une influence sensiblement fâcheuse, il faudrait qu'elle fût prépondérante dans le régime habituel de l'individu.

Quand on soutient une thèse, même aussi raisonnable et aussi soutenable que l'est celle de M. Roussel, il est rare qu'on se maintienne dans de justes limites. Notre auteur fait le procès, non pas seulement au maïs *verderamé* ou insuffisamment mûri, mais il s'en prend au maïs en général, et cherche à prouver par des arguments *à priori* que la farine de maïs, qui, comme on le sait, ne contient pas de gluten, est une mauvaise alimentation *in genere*. C'est un exemple des vicissitudes qu'ont à subir les choses comme les hommes. Le maïs, à la fin du siècle dernier, était considéré comme fournissant un aliment nourrissant et salubre à un degré supérieur au blé lui-même. Dans les Etats à esclaves de l'Amérique septentrionale, ceux-ci sont nourris avec la farine de maïs, et ils ne paraissent pas s'en trouver mal. Nous croyons du reste volontiers avec l'auteur qu'un individu qui ne vit que de *cruchades* ou de *polenta* au maïs, sans addition d'autres matières alimentaires que des légumes peu nutritifs, est dans des conditions hygiéniques peu favorables.

Si l'explication de M. Roussel sur l'étiologie de la pellagre est vraie, et nous le répétons sans toutefois être en mesure d'émettre là-dessus une opinion probable, elle peut être très bien soutenue, et elle l'est d'ailleurs en Italie, il en résulte que l'on pourrait éteindre la pellagre par des mesures d'hygiène publique. Il suffirait pour cela d'apporter des soins à la récolte du maïs, à sa conservation surtout, pour le préserver de l'altération dite *verderame;* il faudrait peut-être s'abstenir de cultiver celui qui est connu sous les noms de *quarantain* et de *cinquantain*, parce que c'est celui qui mûrit le plus difficilement. Mais comme c'est un produit fort riche, on n'obtiendrait pas aisément ce point des agriculteurs. On pourrait, pour y remédier, soumettre ce maïs à une légère torréfaction après la récolte. Les autres mesures proposées par l'auteur sont des mesures d'hygiène générale. La principale serait d'ajouter au maïs une alimentation animale.

Quoi qu'il en soit de l'opinion si habilement défendue par M. Th. Roussel, nous ne devons que des éloges à la manière dont il a envisagé la question de la pellagre, à la manière dont il l'a traitée. Mais ce sont surtout nos confrères des lieux où la pellagre est endémique qui sauront apprécier la valeur de la monographie qu'il vient de publier et qui ne peut manquer de fixer l'attention des parties intéressées, parmi lesquelles figure le gouvernement lui-même.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

I. *Réflexions sur le traitement des aliénés*; par le docteur BELHOMME, directeur d'un établissement consacré aux aliénés ; extrait d'un quatrième mémoire sur la localisation des fonctions cérébrales et de la folie ; opuscule de 30 pages in-8°. — Le travail de M. Belhomme a pour but de prouver que l'on ne peut concevoir l'aliénation mentale sans une lésion cérébrale quelconque que l'on doit s'attacher à détruire dans le traitement. Selon lui, le traitement moral est secondaire, à moins qu'il ne soit appliqué en même temps que le traitement physique. D'après cela, la nouvelle méthode que l'on voudrait introduire, celle qui s'applique exclusivement aux idées et aux passions, n'est pas admissible, puisqu'on s'adresserait, non plus à la cause de la folie, mais à ses effets. L'emploi d'une trop forte douche ou des affusions froides sur le corps des aliénés doit être réprouvé. M. Belhomme veut aussi que l'intimidation soit réservée à certains cas particuliers de folie, où, les aliénés devenant dangereux, on doit opposer la force et l'énergie à leurs désordres. Il pense d'ailleurs que l'application des diversions morales par

le travail et l'occupation quelconque est une amélioration que l'on ne saurait trop louer, et que si elle ne guérit pas mieux, au moins elle a l'avantage de rendre plus agréable la position des aliénés. M. Belhomme termine en protestant que ce mémoire a été fait moins pour blâmer une méthode que pour ramener les bons esprits à celle d'Esquirol.

On sait que la question ici traitée par M. Belhomme est actuellement pendante à l'Académie de médecine; la discussion ne tardera sans doute pas à s'ouvrir.

II. *Réflexions critiques sur quelques points de l'organisation actuelle de la médecine et de la pharmacie en France*; par E.-H. ROCHÉ, D. M. S., ancien chirurgien des armées de terre et de la marine; médecin à Toucy (Yonne); mémoire de 48 pages in-8°. — Ce travail, tout-à-fait de circonstance, actuellement qu'un plan de réorganisation de la médecine et de la pharmacie est à l'ordre du jour, ce travail, disons-nous, sera consulté avec intérêt par ceux surtout qui s'occupent d'études historiques. L'auteur y prouve que les anciens règlements sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie en France, ceux qui datent de 1707, étaient plus sages que ceux qui ont été promulgués depuis et sous l'empire desquels les médecins exercent aujourd'hui leur profession.

III. *Les médecins de Paris jugés par leurs œuvres*, ou Statistique scientifique et morale des médecins de Paris, contenant, par ordre alphabétique, indépendamment de tout ce qu'on trouve dans les annuaires, l'exposé exact et l'appréciation impartiale des travaux et des opinions de tous les professeurs de l'école, de tous les membres de l'Académie ou médecins des hôpitaux, de tous les spécialistes ou praticiens connus, voire même les charlatans; par C. SACHAILE (de la Barre), docteur en médecine de la Faculté de Paris. Avec cette épigraphe : « Je donne un démenti à qui prétendrait avoir » acheté mes éloges ou payé mon silence. » — Ce livre, annoncé à l'avance, a d'abord soulevé contre lui de fortes préventions. L'auteur, obligé, sous le voile de l'anonyme, de chercher des renseignements personnels auprès de presque tous les médecins de Paris, n'a pas toujours reçu un accueil très bienveillant. Cependant la lecture complète de son livre nous paraît devoir détruire les idées désavantageuses que l'on en avait conçues *à priori*. Les renseignements sur les médecins de Paris y sont, en effet, nombreux et la plupart du temps exacts, malgré les difficultés sans nombre que l'auteur a eues à vaincre. L'appréciation des titres et des œuvres des médecins de la capitale y est la plupart du temps très impartiale, ce qui ne veut pas dire, cependant, que nous souscrivions à tous les jugements portés sur la valeur scientifique ou morale de chaque médecin. Ainsi, l'auteur s'y mêle trop de politique; les médecins qui se sont fait connaître par leurs opinions radicales ont toute son affection; en revanche, il n'aime pas les médecins ultramontains; nous regrettons qu'il ait oublié de signaler les gallicans à notre estime. Nous conseillons à l'auteur de laisser de côté les opinions politiques et religieuses, qui sont parfaitement libres et ne relèvent que du domaine de la conscience de tout un chacun. A cela près, nous avons trouvé les jugements de l'auteur d'une impartialité remarquable et que nous nous plaisons à signaler. Aussi croyons-nous que ce livre mérite sa place sur le bureau des médecins, pour les aider à fixer leur opinion sur ceux de leurs confrères avec lesquels ils ont à se trouver en relation ou en communauté d'intérêts scientifiques.

IV. *Cinq cachets inédits de médecins-oculistes romains*, publiés et expliqués par le docteur SICHEL, licencié ès lettres de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre de Léopold (de Belgique), commandeur de l'ordre du Christ (de Portugal). — Opuscule de vingt et une pages grand in-8°, extrait de la *Gazette médicale de Paris*. — Les oculistes romains possédaient des cachets ou tablettes en pierres gravées, sur lesquels étaient inscrits les noms des collyres ou topiques oculaires qu'ils employaient habituellement, et le plus souvent aussi celui du médecin. Le nombre des cachets ainsi publiés s'élève actuellement à quarante, selon le calcul de M. Sichel. Ce savant oculiste a pu réunir successivement les empreintes ou copies de cinq cachets du même genre, encore inédits. L'objet de son travail est de faire part au public de cette découverte. Ce mémoire ne peut que piquer la curiosité des amateurs d'érudition antique.

V. *Aperçu sur la réorganisation de la médecine en France*; par le docteur C. SAUCEROTTE, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Lunéville, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, lauréat de plusieurs académies, etc. — Opuscule de vingt-six pages in-8°. Chez M. Baillière. — Deux mesures principales paraissent nécessaires à l'auteur pour arriver à un commencement de bonne réorganisation médicale; ce sont : 1° la création de *comices médicaux*, constituant le corps médical tout entier en une vaste association; 2° la suppression des *officiers de santé*, combinée avec la création d'*élèves boursiers* et l'organisation de la *médecine cantonale*. M. Saucerotte ne veut point de hiérarchie médicale, point de chambres de discipline ni de conseils médicaux, qui constitueraient, selon lui, une dangereuse oligarchie. Tout, du reste, n'a pu être décidé dans le sein du Congrès. Bien des questions restent encore à être débattues par la presse médicale. Le petit travail de M. Saucerotte sera consulté avec fruit sur ces matières, qui demandent à être discutées avec calme et peut-être avec une sage lenteur.

VI. *Le Formulaire des formulaires du médecin-praticien*; par J.-J. ALAMIR-CARCENAC, D. M. P., ancien élève des hôpitaux de Montpellier, de Paris, de Bordeaux, etc. 1 vol. in-16 de plus de trois cents pages; chez Mme veuve

Hildebrand, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15. — Ce petit formulaire, l'œuvre d'un praticien, nous a paru un des mieux faits et des plus complets qui aient paru jusqu'à ce jour. Un formulaire est par-dessus tout un livre de pratique; or, il s'en faut de beaucoup que tous ceux que nous possédons, quoique d'un mérite incontestable sous divers points de vue, soient très commodes à consulter. Il en est qui contiennent une multitude de formules qui sont presque des traités de matières médicales, et qui oublient de donner les doses de beaucoup de substances simples. *Le Formulaire des formulaires* nous a paru éminemment pratique, tant à cause de l'abondance des matières que par l'ordre méthodique que l'auteur a su y introduire. Il a suivi la classification par médication. En tête de chacune d'elles, il donne la liste des substances qui la composent, avec les simples modes d'administration. Viennent ensuite les formules diverses rangées par ordre, comme lotions, liniments, lavements, injections, collyres, gargarismes, collutoires, cataplasmes, emplâtres, suppositoires, potions, poudres, électuaires, pilules, pastilles, sirops, etc. Plusieurs tables de matières sont disposées de manière à faciliter les recherches.

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Études cliniques sur l'emploi du kermès dans les maladies des voies respiratoires; résumé lu à la section de médecine de la Société helvétique des sciences naturelles, le 12 août 1845, par le docteur HERPIN, vice-président de cette section et président de la Société médicale du canton de Genève. — L'auteur a suivi avec attention, pendant près de huit années, les effets du kermès minéral dans les différentes affections des voies respiratoires; il consigne le résultat de ses longues recherches dans une série de propositions dont nous extrayons ce qui suit:

Jamais dans les *pneumonies*, surtout dans celles des vieillards, M. Herpin n'a vu l'emploi du kermès à haute dose être suivi d'effets utiles, même momentanés. A dose modérée, comme 6 grains, il est sans effet; à plus haute dose, il provoque presque toujours une diarrhée persistante qui oblige à y renoncer. Dans la *bronchite capillaire*, dans la *coqueluche* et dans l'*asthme humide*, même insuccès.

Mais si, quittant les profondeurs du parenchyme ou les extrémités des bronches, on remonte vers la partie supérieure des voies aériennes, les résultats sont bien différents.

Le kermès jouit d'une efficacité incontestable dans la variété de *bronchite* où la respiration paraît normale à l'auscultation, que l'affection soit aigüe ou chronique. Cette bronchite à respiration normale niée par Laennec, mais signalée comme existant quelquefois, par M. Louis, ainsi que par MM. Rilliet et Barthez, serait très fréquente suivant M. Herpin. Le kermès agit d'autant mieux que l'on est à l'époque la moins éloignée du début. C'est dans la bronchite supérieure bien caractérisée que le kermès est le plus spécialement indiqué.

Le kermès est encore mieux indiqué dans le *catarrhe de la trachée*, et ses effets sont aussi plus rapides que dans la bronchite.

La *laryngite simple* offre également beaucoup de prise au kermès. L'auteur a vu quelques tablettes d'un quart de grain de kermès enlever en peu d'heures l'altération de la voix quand l'affection était récente. C'est le meilleur moyen de rendre promptement la voix aux chanteurs. On se trouve aussi très bien du kermès dans la *laryngite striduleuse* ou faux croup, soit qu'on l'emploie comme vomitif, soit qu'on l'emploie comme altérant.

En 1841, M. Herpin a osé employer le kermès, sans le concours d'aucune autre médication depuis le commencement jusqu'à la fin, dans un *croup membraneux*, qui, ayant débuté par la gorge, avait permis de reconnaître dès son origine une véritable diphthérite. Il obtint le plus heureux succès; des lambeaux tubulés, rendus par l'expectoration, vinrent confirmer la nature du mal et son étendue. Il ajoute cependant, que trois fois, chez de jeunes malades qu'il n'avait pas soignés au début, et qui étaient déjà arrivés à une époque plus ou moins avancée de la maladie, le kermès n'a point rendu les mêmes services.

La *laryngite chronique* idiopathique se trouve parfois assez bien du kermès.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas *d'asthme thymique* d'une effroyable intensité chez un enfant épileptique; il avait par jour plus de cent accès de suffocation. Moins de 12 grains de kermès, pris en quelques jours, firent cesser complètement les crises qui duraient depuis onze mois. La maladie, ayant récidivé légèrement deux ans après, guérit aussi rapidement que la première fois par le même remède.

Le kermès a réussi, dans la majorité des cas, à faire disparaître la *surdité* due à l'obstruction catarrhale de la trompe d'Eustache, ne datant que de quelques semaines. Quand elle est plus ancienne, on réussit moins souvent et on n'obtient quelquefois qu'une amélioration passagère.

De ce qui précède l'auteur croit donc pouvoir déduire la loi suivante : *Le kermès est en quelque sorte, un spécifique dans les affections catarrhales des voies respiratoires supérieures.*

La dose administrée par M. Herpin a varié d'un à douze grains dans les vingt-quatre heures. Il la prescrit sous quatre formes dont le choix, selon lui, n'est pas indifférent. Les potions kermétisées, les loochs, le sirop émulsif conviennent dans les laryngites, les trachéo-bronchites, et en général dans les cas un peu graves. Après une potion, on peut employer les poudres d'un quart de grain à trois grains. Il n'emploie les pilules que pour varier la forme du remède chez les malades disposés à

se lasser de prendre toujours le même médicament. Les tablettes ne sont utiles que dans les cas légers, et c'est la forme la moins sûre. (15 *novembre* 1845.)

Mémoire sur le spina-bifida, avec l'observation d'un cas de guérison de cette maladie par un nouveau mode d'opération; par le docteur LATIL DE THIMÉCOURT, de Trévoux. — Le spina-bifida est une maladie incurable par les seules forces de la nature, et dont la terminaison est toujours funeste. Bien des méthodes opératoires ont été tentées contre cette difformité. On a cité quelques cas, très rares il est vrai, mais quelques cas assez authentiques de succès, qui justifient les tentatives que l'on peut tenter dans cette circonstance. Voici le fait qui est particulier à M. le docteur Latil de Thimécourt.

OBSERVATION. — Jean-Marie Chaillons, né à Belleville (Rhône) le 1er novembre 1844, est présenté à l'auteur vers le milieu de janvier suivant, portant à la région lombo-sacrée, au point de la réunion de la dernière vertèbre lombaire avec le sacrum, une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Elle tenait à la colonne vertébrale par un pédicule de 52 millimètres de hauteur, recouvert par de la peau et du tissu cellulaire. En enfonçant le doigt sur ce pédicule, on pénétrait dans une espèce d'hiatus borné des deux côtés par une crête osseuse; mais pendant ces explorations l'enfant poussait des cris violents, était pris de mouvements comme convulsifs et d'accès de suffocation. La peau se terminait insensiblement sur les parois de la tumeur et vers sa base; le reste était constitué par une membrane mince, transparente, analogue au tissu de la vessie. La poche était remplie d'un liquide transparent, d'une couleur légèrement citrine, et elle était tellement distendue qu'elle paraissait sur le point de se rompre. Voici l'opération que l'auteur tenta, après avoir prévenu la mère du peu de chance de succès qu'il y avait à en attendre:

Vu la difficulté de se procurer d'autres instruments, M. Latil fit confectionner par un tourneur deux petites baguettes en bois très dur d'un diamètre d'environ 3 millimètres et d'une longueur de 10 centim.; chacune de ces baguettes était percée à ses deux extrémités de trois trous placés à égale distance, en regard les uns des autres, de manière à permettre le passage d'un lien.

La tumeur fut comprise entre ces deux baguettes, serrées d'abord jusqu'au simple contact; puis elle fut évacuée à l'aide d'un trois-quarts. Pendant que le liquide s'écoulait, on cherchait à refouler par des pressions délicates les portions nerveuses qui auraient pu être flottantes dans le liquide; et à mesure que cette manœuvre s'exécutait les baguettes étaient rapprochées jusqu'au contact le plus parfait des membranes séreuses à la base du pédicule. Une fois la compression exercée aussi fortement que possible sur le point de communication entre la cavité de la colonne vertébrale et celle de la tumeur, celle-ci fut ouverte d'un coup de bistouri et laissée vide, flétrie, en dehors de cette espèce de ligature. L'auteur pense que cette ligature *en long* a l'avantage sur celle en rond d'éviter les plissements et les froissements. Ce genre de déligation est l'imitation presque exacte, sauf l'application, d'un procédé pour la castration des animaux domestiques, encore en usage dans plusieurs pays, et qui se pratique au moyen de deux petits bâtons disposés à peu près de la même manière.

Ainsi, dans l'opération de M. Latil, les baguettes se trouvaient immédiatement appliquées contre la colonne vertébrale dont elles fermaient l'hiatus. La base de la tumeur devint bientôt livide, et l'enfant, qui n'avait pas paru souffrir beaucoup pendant l'opération, passa le reste de la journée sans accidents; il prit le sein comme à l'ordinaire.

Le 22 janvier, l'enfant avait paisiblement dormi; la tumeur était devenue noire et avait presque repris son volume primitif par l'augmentation du liquide qu'elle renfermait. Elle fut incisée dans toute sa longueur et séparée en deux lambeaux qui furent renversés chacun sur la baguette correspondante, et la constriction fut encore augmentée à la base de la tumeur.

Le 24, les parois de la tumeur sont entièrement mortifiées. Le 25, les lambeaux gangrénés de la poche sont relégués au niveau même des baguettes dont la constriction est encore augmentée.

Le 27, l'enfant est très bien. On se décide à enlever les baguettes avec précaution; mais à peine sont-elles écartées légèrement qu'un jet de liquide s'échappe avec force du centre même du pédicule et vient frapper l'opérateur à la figure. Aussitôt les baguettes sont rapprochées et de nouveaux liens maintiennent la constriction la plus exacte.

Le 1er février, l'enfant continue d'aller bien; les baguettes ne tiennent plus que par le pédicule membraneux, reste des parois internes de la tumeur. Le pédicule est saisi par précaution dans une anse de fil et coupé au-dessous d'un coup de ciseau pour détacher les baguettes et les parties gangrénées qu'elles contiennent dans leur intervalle. Il reste alors une plaie oblongue, assez étendue et d'un aspect satisfaisant. La ligature tombe le 5 février.

Le 12 février, l'enfant est dans un état de santé parfait; la plaie est réduite à la dimension d'une pièce d'un franc. Les excrétions alvines et urinaires se font depuis quelques jours avec une parfaite régularité et sans douleur, tandis qu'avant l'opération, chaque fois que l'enfant voulait aller à la selle ou uriner, il ne cessait de crier pendant quelques instants. Une des jambes, qui était paralysée avant l'opération, commence à exécuter quelques mouvements encore incomplets.

Au bout de six mois de guérison, cet enfant a été présenté à la Société médicale d'émulation de Lyon, L'enfant, âgé alors de plus de neuf mois, avait le développement des enfants de cet âge. Au-dessous

de la cicatrice, à peine apparente, on pouvait sentir une dépression qui ne permettait cependant pas de pénétrer bien profondément, le doigt se trouvant arrêté par une consistance comme cartilagineuse, due probablement à un commencement d'ossification de l'hiatus vertébral. Les membres pelviens étaient à peu près de même force et de même volume l'un et l'autre; seulement on pouvait sentir que les chairs étaient plus molles et plus flasques au membre gauche, lequel avait été paralysé avant l'opération, et présentait encore un pied-bot varus équin. Toutefois le renversement pouvait être redressé sans trop d'efforts, ce qui n'était pas, à beaucoup près, aussi facile avant l'opération.

L'auteur, si l'occasion s'en présentait de nouveau, n'hésiterait pas à opérer de la même manière, néanmoins avec les modifications suivantes.

Au lieu de deux baguettes, il se servirait d'un petit instrument léger en acier ou mieux en argent, construit sur le modèle de la pince à varicocèle de M. Breschet. Cette pince serait à deux branches et de la longeur de 10 centimètres ou plus, suivant le besoin. Chaque branche serait percée d'un trou à tous les centimètres, de manière à recevoir une petite vis métallique garnie d'un écrou mobile destiné à rapprocher peu à peu les branches jusqu'au contact le plus parfait. Ces branches seraient placées de chaque côté de la tumeur, le long de la colonne vertébrale, et les vis passées au premier, deuxième, troisième trou, suivant la hauteur du pédicule. Alors, à mesure que le liquide contenu dans la tumeur s'écoulerait par une jonction faite à ces parois, et qu'on refoulerait à travers l'écartement des branches les parties nerveuses qui pourraient être flottantes dans le liquide, on serrerait peu à peu les écrous jusqu'à l'application immédiate des parois du sac. On fendrait ensuite la tumeur dans toute sa longueur en renversant les lambeaux sur la branche correspondante, et on laisserait l'instrument jusqu'à ce qu'il se détachât de lui-même en tombant avec les parties qu'il étreindrait entre ses lames. Cette méthode permettrait d'évacuer l'eau à volonté (25 *novembre* 1845).

JOURNAL DE MÉDECINE.

Observations de contracture essentielle; par le docteur MAROTTE, médecin du bureau central.—L'affection désignée ici sous le nom de contracture essentielle est une nouvelle espèce nosologique qui fixe depuis quelque temps l'attention des observateurs; mais les faits recueillis jusqu'à ce jour ne sont pas assez nombreux pour servir de base à une histoire complète de cette maladie, plusieurs même se rattachent à des affections tout-à-fait différentes (fièvres intermittentes larvées, myélite, formes épidémiques, etc.). C'est ce qui fait que M. Marotte ne croit pas sans importance d'en rapporter trois faits nouveaux qu'il a observés à l'hôpital Cochin pendant les mois de février et de mars 1845.

OBS. I. — La nommée Auvrat, âgée de 18 ans, de constitution chétive, quoique assez bien portante, non réglée encore, entre à l'hôpital Cochin le 24 février 1845. Dix-huit mois auparavant, elle avait été prise d'accidents semblables à ceux qu'elle éprouve aujourd'hui, qui l'avaient empêchée de travailler pendant une huitaine de jours et qui s'étaient dissipés au bout de cet espace de temps, sans le secours d'aucun traitement. Cette fille habite un lieu bas et humide; elle affirme, cependant, n'avoir jamais eu de rhumatisme.

La veille de son entrée, elle fut prise dans la matinée d'étourdissements, d'éblouissements et de céphalalgie, et, vers deux ou trois heures après midi, elle ressentit une douleur vive dans le pouce de la main droite; ce doigt était raide et fléchi sur la main dans le sens de l'adduction; bientôt ce fut le tour du pouce de la main gauche.

Le lendemain, lors de son entrée à l'hôpital, la céphalalgie et les étourdissements n'avaient pas diminué; les doigts index et médius, fortement fléchis dans leurs articulations métacarpo-phalangiennes, étaient raides dans le reste de leur étendue et écartés les uns des autres. Le moindre mouvement qu'on cherchait à leur imprimer causait une vive douleur. Langue blanche, pâteuse et saburrale; pouls fréquent, mais sans consistance. (Tartre stibié, 0,10 en trois doses à dix minutes d'intervalle dans un verre d'eau tiède, dans l'après-dîner; six ventouses scarifiées le long de la colonne dorsale.)

25 février. Hier les douleurs des mains se sont dissipées comme par enchantement à la suite de l'application des ventouses. La malade peut étendre et fléchir sans douleur les trois doigts malades. Plus de fièvre. La langue étant encore sale et vu aussi l'absence de selles, on prescrit 15 grammes d'huile de ricin, plus 0,05 d'extrait gommeux d'opium pour le soir. Deux bouillons.

28 février. La raideur des pouces a reparu pendant la nuit dernière, mais sans flexion bien prononcée; la malade ne peut toutefois les étendre. L'index et le médius se meuvent facilement et sans raideur. (Opium, 0,05; bain de vapeur; deux portions.)

1er mars. Pouces dans le même état qu'hier. (Vésicatoire volant entre les deux épaules; opium, 0,05; deux portions.)

5 mars. Depuis deux jours la raideur des doigts a complètement disparu et les mouvements de toutes les articulations de la main s'exécutent sans douleur. On garde la malade à l'hôpital jusqu'au 15, en lui prescrivant tous les deux jours un bain de vapeur. Aucune trace de la maladie ne se montre de nouveau.

Nous passons par dessus les deux autres observations de l'auteur qui nous présentent encore des cas de contracture essentielle des doigts. Nous devons, toutefois, mentionner chez le troisième malade un phénomène qui ne s'était encore présenté dans aucune des ob-

servations publiées jusqu'à ce jour ; c'est une contraction spasmodique de l'un des muscles sterno-mastoïdiens. Cette contracture s'est, du reste, dissipée comme celle des doigts, mais après avoir persisté plus longtemps.

En récapitulant les circonstances principales des trois faits que M. Marotte a eus sous les yeux, l'on trouve qu'ils appartiennent tous trois à des adolescents. Deux d'entre eux avaient déjà éprouvé une atteinte du même mal. Cette première atteinte s'était montrée, comme la maladie actuelle, pendant une saison froide, humide et de température variable; deux des malades habitaient un lieu humide, et le troisième attribuait l'invasion de son mal à un refroidissement.

Chez ce troisième malade, comme chez ceux dont les observations ont été déjà antérieurement publiées, on trouve de la céphalalgie, des étourdissements, des fourmillements des membres, un malaise fébrile, et, dans un cas même, un état fébrile complet. Le 2e malade, âgé de 16 ans, a eu une attaque d'éclampsie.

La nature des moyens que l'auteur a mis en usage a déjà dû conduire à penser qu'il rapprochait cette maladie des affections rhumatoïdes ou catarrhales. Dans tous les cas qu'il a vus, dit-il, et dont il n'a malheureusement pas les observations, l'action du froid humide a paru favoriser le développement de la maladie, s'il ne l'a pas produite de toutes pièces. Dans tous les cas, il a existé un malaise général tout-à-fait analogue à celui qui précède et accompagne les affections catarrhales; comme ces affections, la contracture a éprouvé des *exacerbations* et des *rémissions*, comme elle elle s'est montrée sans gravité; jamais elle n'a déterminé la mort; et lorsque celle-ci est arrivée par le fait d'une maladie intercurrente, on n'a trouvé aucune lésion apparente dans les centres nerveux. Enfin, les moyens qui réussissent contre les affections catarrhales, médication vomitive, révulsifs, opium, bains de vapeur, sont aussi ceux qui ont paru amender les symptômes, s'ils n'ont pas abrégé la durée du mal. Si l'on joint à ces raisons, ajoute M. Marotte en terminant, toutes celles qui tendent à démontrer que les parties contracturées ne sont pas le siége immédiat de la maladie, mais bien le cordon rachidien, on sera conduit à regarder la maladie dite *contracture essentielle* comme une affection rhumatoïde des enveloppes de la moelle épinière. (*Novembre* 1845.)

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Quelques faits relatifs à l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes. — M. Henri GINTRAC rapporte que, dès 1842, son père, lors de la publication des premières recherches de M. Boudin, soumit trente-trois malades à la nouvelle méthode. On ne constata que six cas de guérison. L'arsenic fut abandonné et M. Gintrac père en revint au sulfate de quinine. Cependant les assertions si positives récemment données à l'Académie de médecine par M. Boudin (1) ont engagé M. Gintrac à expérimenter derechef les préparations d'arsenic. Le mode d'administration indiqué par M. Boudin a été exactement suivi. Les malades ont pris chaque jour avant l'accès 1 centigramme d'acide arsenieux dissous dans 100 grammes d'eau. Trente-trois malades ont été soumis à cette médication pendant le mois de septembre 1845. Voici à quel résultat M. Gintrac est arrivé.

1° Dans six cas la guérison a été définitive et immédiate ; 2° dans sept la fièvre a éprouvé une modification remarquable, dans laquelle les trois stades n'étaient plus distincts; l'accès semblait avoir disparu, mais il restait un état fébrile continu, le pouls donnait de quatre-vingt-dix à cent pulsations, la peau conservait une chaleur assez élevée; néanmoins cet état s'est dissipé sous l'influence de soins hygiéniques simples, excepté chez un individu maintenant atteint d'anasarque ; 3° quatre fois les accès, après avoir cédé à l'emploi de l'arsenic, ont, peu de jours après, reparu et nécessité l'emploi du sulfate de quinine; 4° enfin, chez seize malades, l'arsenic n'a produit aucun effet sensible et il a fallu recourir au sulfate de quinine.

M. Gintrac pense donc, et avec raison, qu'un médicament qui ne guérit qu'un cinquième des individus atteints de fièvres intermittentes ne saurait soutenir la comparaison avec le sulfate de quinine. Il eût été même assez difficile, ajoute M. H. Gintrac, que son père continuât longtemps ses expériences avec la solution (dont les malades ignoraient la composition, et qui était donnée sous le nom de solution minérale); les insuccès de ce médicament faisaient murmurer les fébricitants, et ils ne tardaient pas à demander le sulfate de quinine avec instance.

Cette dernière réflexion de M. H. Gintrac n'est pas sans importance pour ceux qui pratiquent la médecine civile, c'est-à-dire pour les dix-neuf vingtièmes des médecins. Les officiers de santé des armées ont droit de vie et de mort sur leurs subordonnés, ceci soit dit sans que nous prétendions qu'ils fassent un mauvais usage de cette dictature qui ne doit même avoir que de bons résultats ; sans cette circonstance, M. Boudin n'aurait probablement pas pu guérir par l'arsenic deux mille neuf cent quarante-sept individus depuis l'année 1840 seulement. Loin de nous, cependant, l'idée d'arguer de faux les documents présentés à l'Académie de médecine par l'honorable médecin de l'hôpital militaire de Versailles. Mais, comme nous avons fait mention des succès qu'il dit avoir obtenus par l'arsenic, la justice veut que nous fassions également mention des résultats tout opposés que d'autres médecins également recommandables ont obtenus. (*Octobre* 1845.)

---

(1) Séance du 26 août 1845. Voyez notre n° d'octobre 1845.

Note sur les effets du tartre stibié à haute dose dans quelques cas de bronchite chronique; par M. H. GINTRAC. Ce travail présente le résumé sommaire et statistique de dix faits observés attentivement, à l'hôpital, chez des individus, depuis l'âge de vingt ans jusqu'à celui de quatre-vingts. Chez tous ces malades on observait une toux fréquente, opiniâtre, et une expectoration abondante de crachats, d'abord aqueux et muqueux, devenus ensuite épais, jaunâtres et d'aspect purulent. Nous n'insisterons pas sur les autres caractères; quelques-uns étaient suspects et pouvaient faire soupçonner des tubercules.

Plusieurs moyens avaient été employés avant le tartre stibié et n'avaient changé en rien l'état des malades.

Le tartre stibié a été donné à la dose de 20, 25, 30, 40 et 50 centigrammes, dans une potion, uni à 3, 4 ou 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. La potion était administrée par cuillerées toutes les deux heures, comme on la prescrit dans la pneumonie. Un des dix malades a pris ainsi 9 grammes 30 centigrammes de tartre stibié en trente-quatre jours.

Sous l'influence de cette médication, la toux a diminué d'intensité, ordinairement dès le cinquième ou le sixième jour. L'expectoration a été également amoindrie de la manière la plus sensible; l'époque de cette diminution a varié du premier au neuvième jour; en même temps l'aspect purulent disparaissait.

Les effets du tartre stibié sur les organes digestifs ont été presque nuls. Le premier ou le second jour, il déterminait quelques vomissements glaireux ou des selles liquides; mais la tolérance ne tardait pas à s'établir. Les malades reprenaient graduellement leur alimentation habituelle, de sorte que l'on arrivait à prescrire à la fois la potion stibiée et des aliments solides. L'effet sur le pouls a été nul.

La guérison a été jugée définitive du sixième au douzième jour dans cinq cas, du douzième au vingtième dans deux autres et du vingtième au trente-quatrième dans les trois autres.

(*Ibid.*)

Revue des journaux allemands.

JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN.

Courtes remarques sur quelques moyens thérapeutiques, tant anciens que nouveaux, employés dans les maladies des enfants; par le docteur Adolphe SCHNITZER, médecin de l'hôpital des enfants de Berlin.—*Iode; feuilles de noyer.* — Cet article fait suite à un autre précédent sur l'huile de foie de morue (1). Beaucoup de praticiens, dit l'auteur, rapportent les bons résultats qu'ils obtiennent de cette dernière à l'iode qu'elle est censée contenir. M. Schnitzer ne partage pas cette manière de voir. D'après Wackenroder, 100 parties d'huile de foie de morue ne contiennent, au maximum, que 0,324 d'iode; d'après Santen, 240 onces de cette huile ne renferment que 3/4 de grain d'iode, et d'après Jongh, enfin, l'analyse en fournirait encore moins (2), de sorte qu'un enfant qui consommerait chaque jour 2 à 3 onces d'huile de foie de morue ne prendrait cependant que des traces inappréciables d'iode.

Quoi qu'il en soit, l'iode est, comme l'huile de foie de morue, un excellent antiscrofuleux; mais il demande à être administré avec plus de précautions que cette dernière; on doit même s'abstenir d'y avoir recours chez les très jeunes enfants.

L'emploi de l'iode est indiqué dans les formes les plus graves de la scrofule, lorsqu'il y a de nombreux engorgements glandulaires, et particulièrement dans les maladies des os. L'auteur ajoute que son emploi mal surveillé, excitant fortement le système circulatoire, peut amener des congestions phlegmasiques du poumon. Lorsqu'il se manifeste des signes de cette nature, on doit suspendre momentanément l'iode et le remplacer par l'huile de foie de morue. Lorsque l'auteur ne voit plus ce qu'il appelle les symptômes iodiques, il revient à l'iode; mais il recommence par le fer iodé de préférence à l'iodure potassique, auquel il ne revient qu'après un certain temps.

Lorsque le cas est grave et l'enfant fort, M. Schnitzer prescrit ordinairement l'iodure de potassium dissous dans l'eau distillée; mais, si l'enfant est faible, il prescrit du sirop de fer iodé dont chaque gros, d'après Geisler, contient 7 grains d'iodure de fer. Il donne 12 à 25 grains à la fois de ce sirop; la dose peut être répétée deux ou trois fois par jour.

L'iode a pour effet d'augmenter l'appétit des malades dans le commencement de son emploi, et on doit satisfaire cet appétit par de légers repas souvent répétés. Mais lorsqu'un long usage de cette agent thérapeutique a modifié la constitution, la faim morbide diminue et l'appétit revient à son degré normal.

— Quant aux *feuilles de noyer*, l'auteur dit qu'il en a expérimenté longtemps les diverses préparations, tant dans l'hôpital des enfants que dans sa pratique civile, et toujours sans le moindre succès appréciable. (*N° de juin* 1845.)

NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE.

Delirium tremens chez un enfant de cinq ans. — Le professeur HOHL, de Halle, rapporte ce fait, remarquable tant par l'âge insolite du sujet que par la circonstance non moins insolite qui y a donné lieu :

OBS. — Un jeune garçon de cinq ans et sa sœur avalèrent, par mégarde, une notable quantité d'eau-de-vie qu'ils avaient prise pour de l'eau. La petite fille fut trouvée étendue par terre et le petit garçon se livrant autour de la table à des ébats joyeux,

(1) Voy. le n° de janvier.

(2) Il y a dans le texte: 100,00000 d'huile donnent 0,02950 d'iode. On ne saurait évidemment admettre comme exacte cette appréciation.

mais mal assurés. On les transporta tous les deux au lit; le petit garçon vomit, passa la nuit dans l'agitation et ne dormit que sur le matin. A son réveil, il fut pris tout-à-coup d'un tremblement des mains tel qu'il ne pouvait soutenir la tasse dans laquelle il buvait; puis il y eut bientôt ensuite des mouvements convulsifs du visage et des crampes. Lorsque le docteur Hohl vit l'enfant, le tremblement des extrémités supérieures était tel qu'il ne pouvait tâter le pouls. Il y avait aussi de légers soubresauts des tendons. Le pouls était lent, le regard comme effrayé, la pupille dilatée et le visage pâle. L'enfant avait en outre du délire et poussait des cris. Il demandait fréquemment à boire; il existait de la dysurie. On prescrivit un lavement vinaigré, et à l'intérieur du calomel et du jalap. Un cataplasme fut mis sur le bas-ventre. Les symptômes s'amendèrent vers le milieu du jour. Les urines commencèrent à sortir librement; les selles vinrent en abondance après l'administration d'un nouveau lavement. Mais, sur le soir, il y eut retour du délire, du tremblement et des divers symptômes nerveux précédemment cités. L'œil était brillant; le pouls avait augmenté de fréquence. On mit six sangsues au front; on administra toutes les heures un demi-grain de calomel avec 3 gouttes de teinture thébaïque; à la troisième prise, le malade tomba dans un sommeil profond et réparateur qui fut suivi du retour à la santé.

Chez la petite fille, on n'eut affaire qu'aux suites ordinaires de l'ivresse.

FRORIEP'S NEUE NOTIZEN.

Moyen de reconnaître l'efficacité de la digitale; par M. FALKEN, pharmacien à Rebo. — L'auteur proclame comme infaillible la manière suivante de procéder.

On fait infuser pendant une heure 50 centigrammes de poudre de feuilles de digitale dans de l'eau bouillante. Après avoir passé, on ajoute à la colature refroidie vingt à trente gouttes d'un soluté de ferro-cyanure de potassium, dans la proportion de 75 centigrammes pour 15 grammes d'eau distillée. Si la digitale est active, l'infusé se trouble peu à peu, mais si ce trouble n'a pas lieu dans l'espace de dix à quinze minutes, on peut considérer la digitale essayée comme ne possédant pas un degré suffisant d'activité.

D'après ces expériences, M. Falken considère la digitale récoltée en Suisse comme la plus active (t. XXX, p. 227).

MEDICINISCHE ZEITUNG.

Guérison spontanée d'une hydropisie de l'ovaire droit. — Une femme de 28 ans était, depuis deux ans, affectée d'une hydropisie de l'ovaire droit. La tumeur ovarique s'accrut progressivement, fit saillie à l'ombilic et finit par s'ouvrir. Un flot de liquide sortit par cette ouverture qui resta fistuleuse. A l'écoulement de la sérosité succéda un écoulement puriforme; puis, au bout d'un certain temps, le liquide finit par s'épuiser, l'ouverture ombilicale se cicatrisa, et la femme guérit tout-à-fait. Plus tard cette femme s'est mariée, est devenue enceinte et est accouchée d'un bel enfant; mais, à la suite de ses couches, le ventre est resté gros, et l'hydropisie ovarique s'est reproduite. La tumeur s'est de nouveau abcédée à l'ombilic; le liquide s'est évacué; la poche a fini par s'affaisser et ne plus secréter; la fistule ombilicale s'est fermée, et la guérison a été radicale comme la première fois.

Revue des journaux italiens.

MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Préparation du valérianate de quinine. — M. GALVANI, qui s'est spécialement occupé des préparations qui ont l'acide valérianique pour base, indique un nouveau procédé simple et économique pour préparer le valérianate de quinine.

Prenez de la quinine hydratée, bien lavée avec de l'eau, afin de la débarrasser de tout le reste de sulfate d'ammoniaque; triturez-la dans un mortier de porcelaine avec une quantité suffisante d'acide valérianique à 1000° (dernier produit de la distillation des valérianates de chaux et de soude, décomposés par l'acide sulfurique), en agitant le mélange jusqu'à ce qu'on arrive à un degré de neutralisation du sel. Les papiers réactifs font reconnaître quand on est arrivé à ce point.

Il peut arriver que le valérianate de quinine se précipite en masse, tandis que la dissolution reste acide. Il faut alors ajouter assez d'eau distillée bouillante pour dissoudre le sel qui s'est précipité, et l'on y ajoute ensuite une nouvelle quantité d'alcali pour saturer l'excès d'acide.

Lorsque la dissolution de l'alcali dans l'acide est complète, on la porte à la chaleur du bain-marie; on peut, s'il en est besoin, y ajouter autant d'acide organique qu'il en faut, non pour faire passer au bleu le papier de tournesol rouge, car alors l'on aurait un sel basique, mais pour que le papier bleui perde un peu de cette coloration, sans cependant passer tout-à-fait au rouge. C'est à cela que l'on reconnaît que l'acide du sel n'y est qu'en très faible proportion. Le tout une fois dissous, on le filtre et on le transporte dans un endroit frais. Au bout de vingt-quatre heures, on a un premier produit plus ou moins abondant, de forme mamelonnée, opaque et très blanc.

On décante alors les eaux-mères et on laisse égoutter les cristaux; quelques heures d'exposition à l'air sec (mais non au soleil ni dans une étuve) suffisent pour les faire sécher de manière à ce qu'on puisse les détacher en entier avec une spatule. On achève de les dessécher en les étalant à l'air libre sur une carte

Les cristaux ainsi obtenus n'ont pas la forme hexaédrique ni octaédrique des autres sels de quinine préparés à l'alcool. Ils sont cependant composés de valérianate de quinine très pur, ainsi que M. Galvani s'en est plusieurs fois assuré par l'analyse chimique. (*Juillet* 1845.)

Solution de continuité du conduit de Sténon, guérie par des injections excitantes; par M. CHIMINELLI. — L'auteur, en faisant sur une femme de quarante-huit ans l'extirpation d'un stéatome situé sur le masséter, ne put éviter, malgré toutes les précautions, de traverser le conduit de Sténon d'un coup de bistouri. Il lia le bout antérieur de ce conduit, et, après avoir complété l'ablation de la tumeur, il réunit la plaie extérieure à l'aide de cinq points de suture. La réunion ne s'opéra néanmoins que dans la moitié supérieure de la solution de continuité, et la salive commença à s'écouler au dehors, surtout lorsque la mâchoire était en mouvement. La compression fut essayée sans succès, puis la cautérisation avec le nitrate d'argent, sans plus d'avantage. Alors M. Chiminelli pratiqua dans le trajet de la plaie des injections, d'une solution d'un scrupule de nitrate d'argent dans deux gros d'eau distillée. Ces injections, répétées tous les deux jours avec une seringue fine, et aidées de la compression, arrêtèrent la perte salivaire en peu de jours, et la cicatrisation fut complète au bout de trois semaines. (*Septembre* 1845.)

GIORNALE PER SERVIRE AI PROGRESSI DELLA PATOLOGIA E DELLA TERAPEUTICA.

Sur l'emploi de la sabine dans la métrorrhagie; par M. G.-B. FANTONETTI. — Quoique la sabine soit employée comme emménagogue, quelques médecins l'ont cependant signalée comme un des meilleurs moyens d'arrêter les hémorrhagies utérines. Nous avons cité, dans notre numéro d'avril 1845, d'après un journal hollandais, le *Nederlandsch Lancet*, un cas de métrorrhagie passive guérie par le docteur Hessing au moyen d'injections de décoction de sabine. M. Fantonetti rapporte deux observations qui paraissent mettre hors de doute l'efficacité antimétrorrhagique de la sabine. Voici ces observations :

OBS. I. — Une femme de trente-deux ans, qui depuis quelques mois se trouvait plus abondamment réglée que d'habitude, fut tout-à-coup prise, sans cause connue, d'une violente hémorrhagie utérine. La perte durait depuis onze jours, et cette dame était presque anémique lorsque l'auteur fut appelé. Il fit appliquer de la glace sur l'abdomen et prescrivit le seigle ergoté à la dose de 8 grains toutes les trois heures. Ces remèdes n'avaient encore produit aucun effet au bout de quarante heures, et la malade ne pouvait plus supporter la glace. M. Fantonetti se décida à lui donner la sabine à la dose de 6 grains toutes les deux heures. La première prise causa un peu d'ardeur à l'estomac; mais les suivantes furent mieux supportées. A la cinquième prise, il y avait déjà diminution de la perte; à la douzième, elle était presque suspendue, et il ne restait plus qu'un écoulement séreux semblable à de la lavure de chair; à la quinzième, la guérison était complète.

OBS. II. — Une dame de trente-huit ans, très abondamment réglée, fut prise d'une violente hémorrhagie utérine. On lui fit mettre de la glace sur le ventre et on lui prescrivit 8 grains de seigle ergoté toutes les trois heures. Le seigle ergoté ne put être continué; la première dose détermina des vomissements, la seconde des vertiges et des syncopes. L'ergotine, prescrite à la dose de 6 grains toutes les trois heures, ne produisit aucun résultat. On fit alors prendre à cette malade 6 grains de poudre de sabine toutes les trois heures; à la quatrième dose, l'hémorrhagie diminua; à la douzième, elle disparut. Lorsque la malade voulut se lever, l'hémorrhagie se montra de nouveau; mais on acheva la guérison en faisant prendre à la malade 8 grains de sabine toutes les trois ou quatre heures.

Revue des journaux anglais.

LONDON AND EDINBURGH MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Vomissement de sang mortel, par suite de l'ouverture spontanée d'un abcès du cou. — M. le docteur MAXWELL-ADAMS, de Glascow, rapporte le fait suivant qui prouve combien il importe d'ouvrir de bonne heure les abcès sous-aponévrotiques du cou, particulièrement chez les enfants.

OBS. — Au mois de mai 1845, on lui amena une petite fille de seize mois, portant au cou une tumeur située en arrière, et un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure du côté droit. L'enfant était alors en convalescence d'une scarlatine compliquée d'angine, laquelle avait bien parcouru ses périodes jusque-là. Mais cette enfant était très faible. La tumeur cervicale offrait tous les caractères d'un engorgement phlegmoneux, quoiqu'on n'y sentît pas de fluctuation. M. Maxwell prescrivit des topiques émollients, et dit aux parents de ne pas manquer de lui ramener leur enfant au bout de deux jours. Les cataplasmes émollients furent appliqués; mais, sous prétexte que l'abcès n'était pas mûr, les parents n'amenèrent pas leur enfant au jour indiqué, négligence dont ils ne tardèrent pas à se repentir; car du pus se forma dans la tumeur, et le liquide, trouvant apparemment un obstacle insurmontable dans les aponévroses du cou, s'ouvrit dans la gorge; puis, au moment où l'on s'y attendait le moins, on vit tout-à-coup l'enfant rendre avec le pus du sang, en abondance telle que la quantité en fut estimée à une livre environ. La tumeur diminua grandement de volume à la suite de ce vomissement de sang; mais l'enfant se trouvait

affaiblie de trop longue date pour résister à une si rapide déperdition de sang et elle succomba.

M. Maxwell pense que, dans cette circonstance, un vaisseau considérable, artère ou veine, s'était mis en communication avec le foyer de l'abcès. Ces sortes d'accidents paraîtraient ne pas être très rares à la suite des angines scarlatineuses, chez les enfants débilités particulièrement. Rapproché d'une observation analogue que nous avons rapportée dans le numéro d'octobre 1845, page 158, ce fait prouve qu'il ne faut pas toujours compter sur l'épaississement des parois des vaisseaux qui se trouvent en contact avec des phlegmons. On doit donc ouvrir les abcès du cou avant qu'ils soient complètement suppurés, surtout lorsqu'ils sont en quelque sorte critiques et ont une certaine étendue.

Amputation tibio-tarsienne chez un enfant de cinq mois; par M. Syme, d'Édimbourg. — Cette observation offre quelque intérêt à cause de la rareté des grandes opérations dans un âge aussi tendre que celui de l'enfant qui en a été le sujet. L'auteur rapporte qu'il fut appelé par le docteur Charles Bell pour examiner un enfant de cinq mois portant une énorme tumeur érectile qui lui avait déformé un pied. A l'époque de sa naissance, l'enfant présentait déjà une tumeur considérable de nature érectile à la partie antérieure du pied. A dater de l'âge de trois mois, elle prit un accroissement tellement rapide que le pied ne présentait plus que l'aspect informe d'une tumeur de couleur pourpre. Comme les téguments du talon étaient cependant restés sains, M. Syme pensa pouvoir s'en tenir à la désarticulation complète du pied. Le 15 janvier 1845, il désarticula le pied par la méthode ordinaire, sans enlever les malléoles. L'enfant supporta parfaitement cette opération sans paraître en souffrir beaucoup. La plaie se cicatrisa presque entièrement par première intention.

MEDICAL TIMES.

Sur une variété particulière d'ictère encore peu connue; ipécacuanha. — M. Corrigan, dans ses Leçons sur les maladies du foie, a parlé d'une sorte d'ictère de cause morale dont voici les principaux caractères. Cette forme d'ictère se rencontre assez généralement dans la classe pauvre, mais plus souvent encore chez des individus de la classe moyenne, menant une vie sédentaire. On l'observe chez les marchands qui ont été malheureux dans leurs affaires, chez des femmes qui s'abandonnent trop au chagrin à la suite de la perte de leur époux ou de leurs proches. Quelquefois aussi la cause n'est pas bien appréciable. L'ictère se déclare subitement et est quelquefois à son plus haut degré d'intensité au bout de trente heures. Il peut persister ainsi depuis plusieurs jours jusqu'à plusieurs semaines, trois mois même. La jaunisse est à peu près la seule lésion fonctionnelle appréciable; les selles sont blanches et les urines se chargent de bile. Tant que les fonctions s'exercent normalement, on n'a rien à craindre; mais, pour peu que la tête vienne à se prendre, il survient du délire, du coma, et le malade succombe constamment, quelquefois en quelques heures. M. Corrigan rappelle à ses auditeurs qu'ils ont été, l'hiver dernier, témoins d'un grand nombre de ces sortes de terminaisons fâcheuses à sa clinique. Ainsi, ajoute-t-il, malgré la bénignité que les auteurs attribuent à l'ictère en général, il ne faut pas être complètement rassuré lorsqu'on le voit se développer, chez une mère de famille, par exemple, dans les circonstances indiquées plus haut. Cette redoutable variété de jaunisse essentielle, sur laquelle l'anatomie pathologique ne révèle rien, résiste, en général, aux vésicatoires, aux sangsues, aux purgatifs, aux alcalins et aux mercuriaux. Par contre, l'auteur connaît quelques cas qui avaient été jugés incurables et que des charlatans ont guéris à la campagne à l'aide des vomitifs. M. Corrigan s'est décidé à recourir à cette médication, et, depuis cinq ans qu'il l'emploie, il n'a pas perdu un seul malade, pourvu que le mal fût traité avant le développement des symptômes cérébraux. Il prescrit d'habitude un demi-gros d'ipécacuanha tous les deux jours, jusqu'à ce que l'ictère ait disparu. Deux prises suffisent quelquefois. L'ipécacuanha purge quelquefois en même temps. Si cet effet n'a pas lieu, il est bon de donner un purgatif qui ne colore pas les matières fécales, comme la magnésie ou une décoction d'aloès, afin de s'assurer si les fonctions biliaires se sont rétablies (*juillet* 1845).

PHARMACEUTICAL JOURNAL.

Antidote de l'acide prussique. — M. J. Smith propose le mélange suivant comme un excellent antidote, d'après de nombreux essais qu'il a faits sur des chiens. Il prend 7 parties de sulfate de protoxyde de fer dont il transforme 4 parties en persulfate. Au mélange de ces sulfates dissous il ajoute, pour chaque partie de ceux-ci, 3 à 4 parties de carbonate de soude. Cet antidote, préparé à l'avance, pour les cas imprévus, est mis dans un flacon, et il s'y conserve parfaitement.

Les oxydes de fer de ce mélange sont dans de telles proportions qu'il suffit d'une simple substitution du cyanogène à leur oxygène pour qu'il se forme du bleu de Prusse; mais ce n'est que sous l'influence du sel alcalin que cette transformation a lieu. Pour prouver l'effet rapidement neutralisant de son antidote, M. Smith rapporte l'observation suivante : une minute après avoir donné à un chien 30 gouttes d'acide prussique anhydre, l'auteur lui administra le contre-poison; l'animal ne succomba pas, malgré la forte dose et l'énergie de la substance toxique.

Origine de la gomme kino. — Le docteur Royle, après de longues recherches pour obtenir quelques renseignements sur l'origine de cette gomme-résine, croit enfin pouvoir assu-

rer qu'elle provient d'une exsudation du *pterocarpus marsupium*. Il promet de publier prochainement toutes les manipulations que subit ce produit avant d'être livré au commerce.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 décembre 1845.

M. Boudon, médecin des épidémies à Clermont (Oise), annonce qu'il vient de pratiquer avec succès l'opération du bec-de-lièvre d'après les principes de M. le professeur Dubois (1).

Inconvénients de la solution d'émétique à haute dose. — M. E. Boudet a observé que l'émétique ainsi administré détermine ordinairement une inflammation couenneuse ou pseudo-membraneuse sur la muqueuse digestive et en particulier sur la muqueuse buccale; il en résulte aussi une gêne notable de la respiration. Cette complication est assez commune pour que M. Boudet ait pu l'observer sur vingt-cinq sujets dans un assez court espace de temps. Pour obvier à ces inconvénients du tartre stibié, M. Boudet propose de l'administrer, lorsqu'il est indiqué à haute dose, sous forme pilulaire; il a, selon lui, la même efficacité sous cette forme qu'en solution. Il fait confectionner à cet effet des pilules qui contiennent chacune 1 décigramme d'émétique. M. Boudet assure avoir expérimenté ce nouveau mode d'administration de l'émétique et s'être convaincu de ses bons effets (2).

Injections iodées (discussion sur les). — M. Rochoux, n'ayant eu qu'à se louer des injections vineuses dans l'hydrocèle, ne voit pas pourquoi l'on chercherait à y substituer les injections iodées. Quant aux hydarthroses, dit-il, c'est sans doute parce que l'iode échoue souvent dans le traitement de l'hydrocèle qu'il réussit quelquefois dans celui de l'hydarthrose. Ici, en effet, il n'est pas nécessaire, comme dans l'hydrocèle, d'obtenir l'adhérence complète des parois, et l'on peut s'expliquer ainsi comment les injections iodées, insuffisantes dans le premier cas, peuvent suffire dans celui-ci. M. Rochoux a presque toujours réussi par quelques émissions sanguines et le repos chez les nombreux vieillards qu'il a eus à traiter de cette affection.

M. Gimelle ne partage pas l'avis de M. Velpeau relativement au traitement de l'hydarthrose par les injections iodées. Pour lui, dans les cas les plus graves, où les ventouses et les vésicatoires volants avaient échoué, il a retiré de bons résultats de l'émétique à haute dose.

En ce qui concerne l'hydrocèle, M. Gimelle a remarqué que l'injection iodée cause moins de douleurs que l'injection vineuse. Il l'a cependant vue, dans un cas, déterminer des douleurs tellement vives qu'il en résulte des convulsions.

M. Gerdy ne croit pas à l'innocuité des injections iodées dans les hydarthroses. Elles peuvent, suivant lui, donner lieu à des accidents d'empoisonnement. L'iode peut également produire des accidents vénéneux dans le traitement de l'hydrocèle. Les injections d'iode ne sont d'ailleurs pas plus avantageuses que les autres moyens thérapeutiques. M. Gerdy vote donc contre les conclusions du rapport, qu'il trouve trop laudatives.

M. Blandin parle dans le même sens que M. Gerdy. Si M. Velpeau, dit-il, n'a pas encore eu d'accidents, il en aura infailliblement.

M. Velpeau promet, vu l'heure avancée, de répondre dans la prochaine séance. Dans le peu de paroles qu'il prononce, il fait allusion aux injections iodées dans le péritoine. Je ne les ai jamais pratiquées, dit-il, j'en ai été toujours effrayé. Mais un chirurgien bien placé et très honorablement connu, M. Dieulafoy, de Toulouse, a pratiqué deux fois l'injection iodée pour des cas d'ascite, et deux fois le succès a couronné sa hardiesse.

Séance du 23 décembre.

Après le tirage au sort de la députation qui doit aller présenter ses compliments au roi, l'Académie procède à la nomination du président.

Il y a 79 votants.

MM.	Roche obtient	70 suffrages.
	Bégin,	5
	Velpeau,	2
	Husson,	1
	Forestier,	1

M. Roche est proclamé président pour l'année 1846.

Pour la vice-présidence, le nombre des votants étant de 82, M. Bégin obtient 73 voix.

Secrétaire annuel. Le nombre des votants est de 80.

MM.	Mêlier obtient	66 voix.
	Dubois (d'Amiens),	6
	Prus,	3
	Louis,	2
	Longet,	1
	Bricheteau,	1
	Bourdon,	1

M. Mêlier est proclamé secrétaire annuel.

MM. Caventou, Delens et Bouley jeune sont nommés, à la majorité des suffrages, membres du conseil d'administration.

Séance du 30 décembre.

Nominations des commissions. Voici les noms des membres qui ont été élus pour chacune des commissions :

1° Commission des épidémies : MM. Gaultier de Claubry et Dubois (d'Amiens);

2° Commission des eaux minérales : MM. Lecanu et Bourdon;

(1) Voyez, sur ce point litigieux, la communication récente de M. Paul Dubois et la discussion à laquelle elle a donné lieu dans la séance du 27 mai dernier (n° de juillet 1845).

(2) C'est à la Charité, dans le service de M. le professeur Fouquier, dont M. Boudet a été chef de clinique, que ces essais ont été tentés.

3° Commission des remèdes secrets : MM. Loiseleur-Deslongchamps et Bonastre;

4° Commission de vaccine : MM. Desportes et Cornac;

5° Commission de topographie : MM. Villermé et Jobert;

6° Comité de publication : MM. Bousquet, Bussy, Villeneuve, Barthélemy, Blandin.

Cas rare. M. Forget, de Strasbourg, communique un fait relatif à un phthisique chez lequel il s'était formé aux parois thoraciques un abcès parenchymateux contenant un mélange d'air et de pus grumeleux. A l'autopsie, on trouva une carie tuberculeuse des côtes et une fistule établissant une communication entre ce foyer et une vaste caverne tuberculeuse des poumons. C'est le premier cas de ce genre que M. Forget a eu l'occasion d'observer, et il n'en a trouvé aucun exemple dans les auteurs.

MM. Velpeau et Blandin rapportent plusieurs cas de ce genre observés dans leurs services.

M. Forget remercie ces messieurs de lui avoir signalé ces faits, qui, n'ayant pas été publiés, n'avaient pu parvenir à sa connaissance.

Séance du 6 janvier.

Injections iodées (suite de la discussion). M. Roux n'a pas d'expérience personnelle relativement à l'iode; mais il est assez satisfait des injections vineuses pour ne pas trop comprendre l'engouement de M. Velpeau pour une nouvelle méthode qui ne lui paraît pas assez bien étudiée pour être proposée si soudainement.

M. Velpeau ne déjette pas le blâme sur les injections vineuses, qu'il croit une méthode assez sûre, quoiqu'en arrivant à la Charité il eût trouvé dans l'ancien service de M. Roux de ses opérés en état de récidive. Mais il croit la méthode des injections iodées encore préférable.

M. Jobert prend la défense des injections iodées. Il a opéré 75 ou 76 malades par cette méthode et il n'a observé qu'un cas de récidive, et encore les chances étaient défavorables à l'opération. Il ne prétend pas du reste qu'il n'y a pas de récidives à craindre, mais il y en a moins qu'après les injections vineuses. On a mis en avant la crainte de la gangrène, que M. Bavot a provoquée ainsi chez des chiens. Mais M. Bavot employait de l'iode pur, et les chirurgiens emploient de l'iode étendu. On n'a jamais observé rien de semblable chez l'homme. Quant aux phénomènes d'empoisonnement également produits chez les chiens par M. Bavot, on ne les a jamais observés chez l'homme. M. Jobert ajoute qu'il a employé l'iode avec de grands avantages dans d'autres cas, tels que des abcès froids, des tumeurs hydatiques, des kystes, etc. Il a injecté, dans des cas de ce genre, jusqu'à 250 grammes de teinture d'iode sans qu'il en soit résulté aucun accident.

M. Gerdy cherche à faire prévaloir des arguments qui sont tout-à-fait le contre-pied de ceux de M. Jobert. Il dit que MM. Martin, de Calcutta, et Fricke, de Hambourg, après avoir employé les injections iodées, ont fini par y renoncer.

M. Velpeau répond à M. Gerdy personnellement. Il prefère l'injection iodée à l'injection vineuse, non que celle-ci soit mauvaise, mais parce que l'autre est encore meilleure. Il se croit permis de tirer des conclusions de 400 cas heureux par l'injection iodée. M. Gerdy, dit-il, a fait des expériences; mais il est facile de voir qu'il les a faites dans des dispositions d'esprit peu favorables, à peu près comme M. Fricke, qui, cherchant avant tout à contredire son collègue Oppenheim, pratique une injection iodée, puis, dix jours après, se ravise et réopère par l'injection vineuse, comme s'il existait un procédé qui pût guérir une hydrocèle en dix jours.

On a cité les accidents traumatiques ou toxiques occasionnés par M. Bavot chez les chiens. M. Leblanc a fait aussi des expériences sur les animaux et n'a jamais observé rien de semblable. Il a pratiqué sur les articulations du même cheval deux injections, l'une vineuse, l'autre iodée; la première a occasionné des désordres inflammatoires très violents; la seconde a à peine laissé quelques traces. Bien plus, M. Leblanc a injecté l'iode dans les cavités pleurales d'un cheval sans qu'il en soit résulté aucun accident. L'animal fut sacrifié quelque temps après. On trouva des adhérences entre les deux plèvres, et tout porte à croire que le cheval aurait vécu dans cet état.

Séance du 13 janvier.

Injections iodées. M. Bérard a la parole. Il fait le plus grand éloge de l'injection iodée contre l'hydrocèle, quoiqu'il n'ait d'abord expérimenté cette méthode qu'avec une certaine prévention. Jamais il n'a eu d'accidents, pas même dans un cas où l'injection fut poussée dans le tissu cellulaire du dartos. Il emploie les proportions indiquées par M. Velpeau, qui sont de moitié de teinture d'iode pour moitié eau. Il n'a eu que 3 récidives sur 250 à 300 opérations d'hydrocèle. Une seconde injection d'iode sur ces trois sujets a été suivie d'une guérison radicale.

M. Bérard a guéri deux hydrocèles enkystées par ce moyen. Dans deux cas d'hydrocèle enkystée du cou, il a eu recours à l'iode et a guéri ses malades.

Il a pratiqué cinq fois l'injection iodée sur deux malades atteints d'hydropisie articulaire, trois fois sur l'un, deux fois sur l'autre. Les injections furent sans résultats fâcheux, mais elles furent aussi sans efficacité, et il fallut en venir à l'amputation.

M. Blandin prend la parole pour réfuter tout ce qui a été dit en faveur des injections iodées. Nous remarquons ce qu'il dit au sujet des deux cas de M. Dieulafoy mentionnés par M. Velpeau dans la séance du 16 décembre. On a cité, dit-il, un cas d'injection d'iode dans le péritoine; mais ce fait ne paraît pas à M. Blandin avoir une authenticité suffisante.

On a émis, ajoute-t-il, des doutes sur sa réalité ; pour lui, il n'y croit pas.

M. Blandin admet toutefois l'utilité des injections iodées dans les fistules tuberculeuses ou autres ; il les emploie lui-même dans ces circonstances et avec avantage.

M. Velpeau rappelle, relativement aux insuccès de M. Fricke, que ce chirurgien n'employait l'iode qu'à la dose de 1/30e, dose évidemment insuffisante, quand, lui, il l'emploie de moitié. D'un autre côté, M. Fricke réopérait ses malades au bout de dix ou douze jours, terme évidemment insuffisant pour juger du succès ou de l'insuccès de l'opération. Ces faits n'ont donc pas beaucoup de valeur. Il n'en est pas de même du fait rapporté par M. Dieulafoy, et M. Velpeau regrette d'avoir entendu suspecter aussi légèrement la bonne foi et la sincérité d'un homme aussi honorable et aussi instruit que M. Dieulafoy. Quant aux faits d'injections iodées dans les articulations cités par M. Bérard, ils ne prouvent qu'une chose, c'est que dans ces cas les malades n'ont pas guéri. Mais M. Velpeau n'a pas prétendu dire que les injections iodées pouvaient guérir toutes les hydarthroses. Il ne les recommande que dans les cas d'hydarthrose chronique.

M. Bouley cite des cas d'injection iodée dans l'articulation du genou chez les chevaux, qui ont été suivis d'accidents. M. Bouley, son fils, professeur à l'école d'Alfort, l'a autorisé à dire qu'il a injecté six fois de l'iode dans l'articulation du genou aux mêmes doses qui ont été employées chez l'homme. Sur les six chevaux qui ont été le sujet de ces expériences, trois sont morts de la fièvre inflammatoire consécutive à l'opération. Un vétérinaire de province a pratiqué trois fois les injections iodées, et dans les trois cas il est survenu une inflammation très intense sans aucun succès.

M. Velpeau dit que ces faits sont en dehors de la question et qu'il n'a rien à y répondre. Il oublie, sans doute, qu'il a cité aussi, dans la séance précédente, des expériences faites sur les animaux. Il est vrai que les premières étaient favorables à son opinion, et que celles-ci ne le sont pas.

M. Guibourt fait observer que la teinture d'iode produit des effets différents suivant qu'elle est récente ou ancienne. Celle qui est récente est la plus irritante, et cela tient à ce que l'iode, n'étant pas complètement dissous et restant en partie libre à l'état de suspension dans le véhicule alcoolique, se dépose en nature sur les tissus et agit sur eux avec toute l'intensité que l'on connaît à l'iode pur. Lorsque la teinture d'iode est ancienne, au contraire, l'iode cesse de se précipiter par suite des combinaisons nouvelles qui se sont opérées sous l'influence de l'action prolongée de l'air ; il s'altère même plus ou moins, et son effet devient de moins en moins irritant.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 décembre 1845.

M. Gris présente un mémoire intéressant ayant pour titre : *De l'action des sels ferrugineux solubles appliqués à la végétation, et spécialement au traitement de la chlorose et de la débilité des plantes.* Nous en donnons ici les conclusions qui nous paraissent curieuses sous le point de vue de la thérapeutique comparée.

1° Les ferrugineux solubles absorbés soit par les spongioles radicellaires de la plante, soit par l'épiderme de ses feuilles, stimulent, revivifient la chromule, comme ils revivifient l'hématosine du sang.

2° Ils raniment, fortifient la plante chlorosée et débile, comme l'animal languissant et chlorosé.

3° L'action du fer est probablement identique dans les deux règnes.

4° L'animation de la chromule, sous l'influence des ferrugineux absorbés par les pores de la feuille, prouve, avec la dernière évidence, que l'action de ses composés est spéciale, directe, c'est-à-dire indépendante du sol, comme on l'admet encore généralement sur la foi de Davy et d'autres savants.

Sur un sol calcaire, néanmoins, je ne conteste pas les effets *accessoires* du sulfate de chaux et de l'acide carbonique, en faisant observer toutefois que les ferrugineux ont, en général, une action tout aussi marquée, si ce n'est plus, sur les sols purement alumino-siliceux, ne donnant aucune effervescence avec les acides.

5° Les stimulants salins employés en agriculture (sans contester leur utile influence sur la plante normale) sont impuissants pour produire sur la plante languissante et chlorosée les effets produits spécifiquement par les sels de fer solubles.

6° Les ferrugineux m'ont paru stimuler très avantageusement la végétation de la plante, surtout de celle qui est cultivée en pots. Cependant leur facile décomposition sous l'influence de l'air demande, pour leur application à la grande culture, surtout dans les cas de langueur et de chlorose où je conseillerais exclusivement les sels en question, des précautions et des conditions particulières, dont la principale consiste à les employer à l'état de dissolutions sur les feuilles mêmes très légères.

A la dose de 3 litres par mètre carré, la dépense du sulfate de fer serait de 5 centimes environ par are, puisque avec un kilogramme de ce sel on peut préparer environ 500 litres de dissolution convenable pour les aspersions.

Le prix de ce stimulant est donc aussi modéré que possible. Arrivé au terme de ce travail, j'ai l'espoir que d'utiles conséquences découleront des faits qui y sont énoncés, tant en physiologie qu'en applications pratiques.

M. Fauconneau - Dufresne annonce la mort de l'enfant double (Philomène et Hélène) qui a été le sujet d'une communication faite dans la séance du 25 août (voy. le n° d'octobre). Cet enfant est mort le 28 décembre, à 8 heures 1/2 du soir.

M. Serres annonce que la commission qui avait été chargée d'étudier la conformation anormale de ces enfants se propose de pren-

lre les mesures nécessaires pour obtenir l'au-orisation d'en faire un examen anatomique.

Séance du 5 janvier 1846.

Cette séance, non plus que la suivante, n'a ien présenté de relatif à la pratique médicale.

M. Adolphe BRONGNIART a été élu vice-pré-ident pour 1846. M. Mathieu occupe cette nnée le fauteuil de la présidence.

M. Roux avait obtenu 18 suffrages pour la ice-présidence.

NOUVELLES MÉDICALES.

Hôtel-Dieu. L'enseignement clinique ren-ontre depuis quelque temps de la part de 'administration des hôpitaux des contrariétés oujours nouvelles et des obstacles qui augmen-ent chaque jour. Elle a cru lui porter le coup e plus rude en s'attaquant principalement à M. le professeur Rostan, qui est, de tous les mé-decins de la capitale comme des professeurs de la Faculté, l'un de ceux qui se sont le plus longtemps et le mieux dévoués à cet enseigne-ment dans l'intérêt des malades comme des élèves. Il y a 35 ans, et nos nombreux confrè-res doivent se le rappeler, l'enseignement privé de la Salpétrière était un des plus popu-laires ; M. Rostan alors soumettait au monde médical ses recherches sur les affections du cer-veau ; il s'était fait également remarquer dans cet hôpital, comme ses dignes collègues, par son zèle et son dévouement lors de l'invasion du typhus qui encombra nos hôpitaux. Plus tard, après avoir conquis au concours la place de professeur de clinique interne à la Faculté, il recut un service dans l'hôpital dit *de l'É-cole.* L'administration des hôpitaux voulant augmenter le nombre des lits de la clinique d'ac-couchement et ayant à cet effet besoin des salles de M. Rostan, ce professeur consentit à titre de concession à transférer sa clinique à l'Hôtel-Dieu où on lui donna une salle d'hommes et une de femmes. Il fut convenu que les deux professeurs de clinique interne de la Faculté, M. Chomel et M. Rostan, feraient leur cours à l'amphithéâtre, chacun à leur tour, pendant la moitié de l'année, comme le font du reste les deux professeurs de la Charité. Durant le se-mestre où M. Chomel occupait l'amphithéâtre, M. Rostan exerçait les élèves à l'interrogation des malades, non pas, comme on a bien voulu le dire, en faisant passer ses malades par les mains de ses nombreux auditeurs, mais en chargeant un de ses élèves de se supposer seul près du lit d'un malade, de l'interroger et de l'examiner comme il le ferait dans le monde, avec la même réserve, la même discrétion.

L'année dernière, le conseil des hôpitaux crut devoir interdire formellement à M. Rostan non-seulement la clinique au lit du malade et l'interrogation par les élèves, mais l'entrée de ses salles à tout élève étranger au service, hors le temps de l'année ou il faisait ses leçons à l'amphithéâtre. M. Rostan était le seul des professeurs à donner ce genre d'instruction, il fut seul compris dans cette mesure. Le conseil va beaucoup plus loin cette année, il ne pré-tend plus seulement interdire au professeur les leçons au lit du malade, mais il veut lui enlever le service à l'Hôtel-Dieu auquel il a droit en sa qualité de professeur de la Faculté. On a pu voir en effet, dans les nouvelles de dé-cembre, que M. Rostan est du nombre des médecins qui n'ont pas été réélus (1).

La Faculté s'est empressée d'intervenir dans ce débat ; car c'est elle, c'est son enseignement qui sont en cause. Elle a fait plus en profitant de cette leçon, elle a eu soin de rédiger en conséquence le nouveau projet de loi sur l'en-seignement des sciences médicales que le mi-nistre de l'instruction public doit prochaine-ment présenter aux Chambres. Il est fâcheux et il semblera étonnant que l'administration ait précisément choisi M. Rostan pour en faire le but de ses tracasseries, si l'on songe avec quelle courtoisie ce professeur s'est prêté, il y a quelques années, aux désirs du conseil en quittant, pour venir à l'Hôtel-Dieu, un ser-vice commode où il avait un amphithéâtre dont lui seul disposait toute l'année ; si l'on songe surtout aux immenses services qu'il a rendus dans les hôpitaux avec un zèle, une exactitude qui ne se sont jamais démentis un instant tant qu'il a eu le pouvoir de se consacrer tout entier aux élèves. Ne sait-on pas que l'enseignement pratique et populaire de ce professeur attirait autour de lui les jeunes gens instruits et sur le point de passer leur thèse? Ils venaient à la cli-nique de M. Rostan s'exercer aux difficultés de l'interrogation et du diagnostic ; ils venaient se perfectionner ou du moins s'initier dans un des points les plus importants de la pratique, surtout au début.

C'est avec plaisir que nous avons appris que ce conflit fâcheux entre la Faculté et le conseil des hôpitaux était porté devant le ministre. M. de Salvandy, nous n'en doutons pas, re-connaîtra que les deux partis veulent égale-ment le bien des malades ; mais il saura juger si le meilleur moyen d'être utile n'est pas d'ê-tre bon médecin, et si l'enseignement le plus complet n'est pas aussi profitable aux malades que nécessaire à ceux qui doivent les traiter.

MARTIN-LAUZER.

Le Conseil municipal de Paris vient de voter cinq millions pour l'hôpital Louis-Philippe, qui doit être construit dans les anciens terrains de Saint-Lazare, entre le faubourg Poisson-nière et le faubourg Saint-Martin.

— *Legs aux hospices.* — Madame de Lenc-quesaing, décédée à Paris, a légué à l'admi-nistration des hospices de cette ville diverses propriétés évaluées à 835,000 francs. Sur cette somme, 100,000 francs doivent être employés, d'après le vœu de la testatrice, au soulagement des pauvres des douze arrondissements. Le

(1) Tous les cinq ans les médecins des hôpitaux de Paris sont soumis à la réélection par le conseil des hôpitaux.

conseil général des hospices a décidé, sous la réserve de l'autorisation royale, que le surplus sera appliqué à l'acquittement de constructions et d'ameublement de l'un des pavillons du nouvel hôpital Louis-Philippe, et que ce pavillon portera le nom de cette bienfaitrice des pauvres.

Hôpitaux.—Par suite des vacances opérées dans quelques hôpitaux par les non-réelections, ont été nommés : médecins de l'Hôtel-Dieu : MM. Martin-Solon, Louis et Guérard ; médecins de l'hôpital Beaujon : MM. Bouvier et Legroux ; médecin de l'hôpital des Enfants malades : M. Blache.

Concours pour l'internat. — A la suite du dernier concours pour l'internat, les nominations ont été faites dans l'ordre suivant :

MM. Viallet, Batemberg, Guibout, Ozanam, Faton, Morvan, Simon, Escallier, Chausit, Follin, Clavaud, Bezançon, Dupuy (Jean), Gogué, Blanche, Courtin, Penard, Dimey, Thimbart, Gauthier, Leneveu, Moulin, Tailhé, Rollet, Blat, Guyton, Gougeon, Lepelletier, Rames, Cœurderoi, Lagrange, Toutée, Sagot, Dubois, Petit (Pierre), Hocquet.

Prix des internes. — Troisième année. — 1er prix, M. Jousset ; 2e prix, M. Richard ; 1re mention, M. Erard ; 2e mention, M. Moutard-Martin.

Première et deuxième années.— 1er prix, M. Caucal ; 2e prix, M. Racle (Victor-Alexandre) ; 1re mention, M. Duclos ; 2e mention, M. Hervieux.

Prix des externes — 1er prix, M. Viallet ; 2e prix, M. Batemberg ; 1re mention, M. Guibourt ; 2e mention, M. Ozanam.

—MM. les conseillers municipaux de la ville de Paris n'ont point oublié cette année de récompenser les internes des hôpitaux qui, par le nombre des vaccinations qu'ils avaient pratiquées en 1844, avaient concouru à la propagation de la vaccine. Ces récompenses consistent en des jetons d'argent et de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Une des faces représente une vache et une lancette, et au-dessous on lit cette inscription : *Ex insperato salus.*

Ces jetons ont été distribués de la manière suivante :

MM.	H. Bonnet,	3,
	G. Gogué,	2,
	P. Jousset,	2,
	Tily,	2,

internes en 1844 à l'hôpital des Enfants malades.

Haute commission des études médicales. — La haute commission des études médicales, après vingt séances de quatre heures chacune, a terminé ses travaux le dimanche 11 de ce mois. Si nous sommes bien informés, voici, sur les points principaux soumis à ses délibérations, quelles seraient ses conclusions :

1° Le concours dans les facultés pour la nomination des professeurs ; jury exclusivement composé de professeurs.

2° Concours dans les écoles préparatoires ; jury composé de professeurs de ces écoles, d'un professeur de faculté comme président, et d'agrégés de faculté.

3° Examen à la fin de chaque année d'études, et après cinq ans d'études six examens et une thèse : le nouvel examen sur les accouchements. A cet effet, les maternités seront ouvertes pendant six mois aux étudiants en médecine et six mois aux élèves sages-femmes.

4° Écoles préparatoires conférant, après deux années d'études, le grade de bachelier en médecine, lequel ne donne point le droit d'exercer.

5° Des cours de clinique durant toute l'année. Les administrateurs des hôpitaux seront tenus de fournir pour chaque clinique des salles d'hommes et de femmes distinctes et un amphithéâtre.

6° L'enseignement de la médecine sera libre. Tout docteur en médecine ou pharmacien reçu pourra enseigner sans autorisation préalable. Le ministre pourra, après avis du conseil de l'Université, accorder à ceux qui ne seraient pas munis d'un diplôme la faculté d'enseigner.

7° Le double baccalauréat reste obligatoire comme il l'est, si ce n'est que les écoles préparatoires ne pourront admettre que des élèves bacheliers ès lettres.

8° Un seul ordre de médecins et des médecins cantonaux. Il y aura des boursiers aux frais de l'État avec dispense de la loi de recrutement et obligation pour eux de servir l'État pendant huit ans, moyennant un traitement fixe payé en partie par les communes, par le département et par l'État. Les places de médecins cantonaux seront données après concours, et les boursiers seront obligés de concourir.

9° Il y aura deux classes de médecins étrangers : la première comprendra les notabilités ; ils pourront être autorisés à exercer en France par une ordonnance du roi après avis des facultés, du conseil de l'Université et du conseil d'État ; dans la seconde classe seront les praticiens odinaires, lesquels, pour être autorisés à exercer, subiront tous les examens ; mais ils seront dispensés du temps d'études.

10° L'institution des colléges médicaux. Il y aura un collége par département : ceux-ci éliront un conseil médical dont les membres seront nommés par le ministre sur une liste double. Les attributions de ces conseils sont scientifiques et administratives, mais nullement disciplinaires ; ils seront seulement chargés d'inciter le ministère public à faire exécuter les lois. Les détails sont parfaitement définis, et une bonne pénalité est appliquée à chacun d'eux.

Élèves inscrits à la Faculté de médecine de Paris. — Le total des inscriptions prises du 1er au 15 novembre dernier est de 839. Le chiffre des premières inscriptions et de 186.

Élèves inscrits dans les Écoles secondaires de médecine. Voici le relevé officiel du nombre des

élèves existant en 1845 dans les vingt écoles préparatoires :

Grenoble, 20 ; Caen, 27 ; Lyon, 94 ; Limoges, 16 ; Besançon, 41 ; Marseille, 40; Poitiers, 27 ; Reims, 20 ; Toulouse, 64 ; Arras, 30 ; Angers, 33 ; Nantes, 34 ; Orléans, 26 ; Nancy, 27 ; Rouen, 24 ; Amiens, 35 ; Rennes, 75 ; Bordeaux, 36 ; Dijon, 21 ; Tours, 38. Ce qui fait un total de 728 élèves, répartis ainsi qu'il précède dans les diverses Écoles préparatoires. Sur ce nombre, 285 étaient nouveaux en 1845, 252 étaient bacheliers ès lettres et 43 bacheliers ès sciences. 5 n'ont pas pris d'inscriptions dans le courant de l'année.

Désinfection des cadavres employés aux travaux anatomiques. — Le problème de la conservation des cadavres paraîtrait enfin résolu. Au moyen de l'injection dans les artères d'une solution aqueuse de sulfite de soude à 18 degrés, l'on parvient d'abord à prévenir la putréfaction durant plusieurs semaines. Des lotions avec une solution de chlorure de zinc assurent la conservation ultérieure des cadavres ; les organes conservent leur forme et leur couleur, les instruments n'éprouvent aucune altération, et aucune odeur ne se fait sentir même à quelques centimètres du cadavre. Le parfait état de conservation des corps livrés dans les pavillons de l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris témoigne de la valeur des moyens employés dans ce but.

Prix des Annales médico-psychologiques.

Le comité des rédacteurs des *Annales médico-psychologiques* avait proposé, pour sujet du prix de 1845, la question suivante :

« Déterminer les caractères distinctifs de l'homicide chez les aliénés et de la monomanie homicide ; faire un exposé critique des principaux cas de monomanie homicide qui ont été l'objet de poursuites judiciaires. Répondre à cette question : La monomanie est-elle, dans tous les cas, passible des peines légales ? »

Une médaille de 200 fr. a été décernée à M. le docteur Bonnet, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à l'École de médecine de Bordeaux.

Un nouveau prix de 500 fr. a été proposé, pour 1846, pour le meilleur mémoire sur la question suivante :

« Examen comparatif des diverses méthodes curatives de l'aliénation mentale. En apprécier la valeur d'après les résultats recueillis par l'observation. »

Les mémoires admis au concours devront être remis cachetés au bureau du journal avant le 1er novembre 1846.

Le prix sera décerné le 1er janvier 1847.

Prix biennal de l'Institut royal des sciences, des beaux-arts et des lettres à Venise. — Un prix de 1,800 livres d'Autriche est promis à la solution de la question suivante :

« Déterminer les caractères constants au moyen desquels on pourra reconnaître l'inflammation, depuis le degré le moins grave jusqu'au plus intense, sur un organe, un tissu, un système, soit sur le vivant, soit sur le cadavre. »

Les mémoires, écrits en latin, en italien, en français ou en allemand, suivant les usages académiques établis, seront envoyés franco, dans le courant de janvier 1847, au secrétaire de l'Académie de Venise.

Prix de la Société de médecine de Lyon. — La Société de médecine de Lyon avait mis au concours pour 1845 la question suivante : Des fièvres intermittentes symptomatiques, de leur diagnostic différentiel et de leur traitement.

Dans sa séance publique du 29 décembre, cette Société savante a décerné le prix, consistant en une médaille de 320 fr., à M. le docteur Camille Bernard.

M. Michel Lévy, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce, vient d'être nommé médecin en chef et premier professeur de l'hôpital d'instruction de Metz.

— M. le docteur Th. Faivre, ex-secrétaire annuel de la Société médicale d'émulation, et médecin des épidémies à Montfermeil, vient d'être nommé par le roi médecin du domaine royal du Raincy.

Société Hahnemannienne. Il s'est fondé à Paris une société de ce nom qui s'est installée le 30 août 1845, ayant M. Croserio pour président et M. Léon Simon pour secrétaire. Elle tient régulièrement ses séances tout les huit jours et se fait représenter dans la presse médicale par un journal mensuel qui paraît depuis le 1er novembre, sous le titre de *Journal de la médecine homœopathique.*

— M. Parisot, docteur en médecine, suppléant près l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Roussel, promu à la chaire d'accouchements.

Angers.—Les professeurs de l'École de médecine de cette ville ont arrêté qu'un buste serait élevé à la mémoire du docteur Ollivier et serait placé dans la bibliothèque de l'Ecole.

Bordeaux. —M. le docteur Henri Gintrac vient d'être nommé, par arrêté ministériel, chef de clinique à l'École préparatoire de médecine de Bordeaux. Cette fonction est nouvellement instituée dans cette école.

Toulouse.—Une association de prévoyance des médecins vient de se former dans cette ville.

Nécrologie. — M. Jean-Pierre Beullac père, président honoraire de la Société royale de médecine de Marseille, est décédé dernièrement dans cette ville d'une attaque d'apoplexie, à l'âge de 79 ans. Il avait été le premier chef interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Il était membre associé de l'Académie de médecine, et c'était d'ailleurs un des praticiens les plus éminents des départements. Il est mort à 61 ans.

Prix de vaccine. — Le prix décerné par l'Académie de médecine, de la valeur de 1,500 fr., est partagé entre :

MM.

Lafage, officier de santé, à Mont-de-Marsan.
Penant, médecin, à Vervins.
Serez, idem, à Argelès.

Il est accordé des médailles d'or à :

MM.

Renault, médecin, à Alençon.
Raynaud fils, idem, à Montauban.
Eudes, idem, à Bayeux.
Graziani, officier de santé, à Saint-Andrea.

Médailles d'argent à :

MM.

Adde-Margras (de Nancy), médecin, à Paris.
Avisard, idem, à Coulommiers.
Bayard, docteur-médecin, à Circy-sur-Blaize.
Berrens, chirurgien, à Montignay.
Blanc, pharmacien, à Pradelles.
Bleynie, docteur-médecin, à Limoges.
Bonnafous, idem, à Mauriac.
Bonnans, idem, à Chabannes.
Bonnarine, officier de santé, à Plessé.
Bonny-Pellieux, D.-M., à Beaugency.
Broustra, idem, à Sore.
Brun-Séchaud, idem, à Chalus.
Bulloz, idem, à Besançon.
Calsat, idem, à Entraigues.
Chau, officier de santé, à Montmirail.
Chapuy, idem, à Champagny.
Charrier, D.-M., à Chailly-les-Marais.
Charropin, idem, à Pons.
Chauveau (mad.), sage-femme, à Guérigny.
Chêne, officier de santé, à Alloue.
Clermont, idem, à Clermont-Ferrand.
Cogoreux, docteur-médecin, à Montauban.
Colin, idem, à Vagney.
Convers, officier de santé, à La Javie.
Coti, idem, à Ajaccio.
Décazis, chirurgien, à Brussac.
Deffis, docteur-médecin, à Morlaas.
Denizart (mad.), sage-femme, à St.-Quentin.
Desmée, officier de santé, à Chinon.
Droulin, idem, à Saint-Pierre-sur-Dives.
Duburgua (J.), D.-M., à Castel-Jaloux.
Duchâtel-Coquet (mad.), sage-femme, à Ardes.
Ducret, idem, à Nuits.
Dumont, officier de santé, à Lahas.
Dupin, docteur-médecin, à Bagnols.
Emelin, idem, à Ebreuil.
Ernoul, officier de santé, à Saint-Broladre.
Falip, docteur-médecin, à Cette.
Fargier-Lagrange, idem, à Saint-Félicien.
Fénéon, idem, à Saint-Bonnet-de-Joux.
Fournols, idem, à Mauriac.
Gagnebé, idem, à Carlux.
Galdin, idem, à Bazoche-Gouet.
Gasser, idem, à Massevaux.
Gaudinat, idem, à Châteauroux.
Génin, idem, à Rives.
Gérard, idem, à Montiéramey.
Géraudie-Lavialle, à Lubersac.
Golfier, officier de santé, à Saint-Brieuc.
Gonon d'Allary, docteur-médecin, à Sury.
Goissaud, officier de santé, à Sorgues.
Goupil, docteur-médecin, à Nemours.
Grandjean, idem, à Bar-le-Duc.
Hervy, idem, à Domfront.
Hullin, idem, à Mortagne.
Labissière, idem, à Tulle.
Lafforre, idem, à Oloron.
Laforet, idem, à De Lavit de Laumagne.
Lassus, idem, à Castelsarrasin.
Lebourlier, idem, à Avranches.
Lefiblec, idem, à Loguivy-Plougrat.
Lemenuet, officier de santé, à Saint-Lô.
Lesaing, docteur-médecin, à Blamont.
Lezelleux, chirurgien, à Poullaouen.
Litschgi, docteur-médecin, à Molsheim.
Macqueron, offic. de santé, à Huchenneville.
Maillet (mad.), sage-femme, à Favouet.
Marcollay, officier de santé, à Montcontant.
Mareschal, docteur-médecin, à Fumay.
Martenet, idem, à Poutailler.
Martin, idem, à Saint-Bonnet.
Medyski, idem, à Marseille.
Méliet, officier de santé, à Saint-Arnould.
Messant, idem, à Aigurande.
Milhet, docteur-médecin, à Saint-Wast.
Montécot, idem, à Langres.
Penchinat, idem, à Port-Vendres.
Picard, idem, à Louviers.
Piffard, idem, à Brignolles.
Piffon, idem, à Lesparre.
Pisson, idem, à Crèvecœur.
Poumeau, officier de santé, à Chasseneuil.
Pourcelot, docteur-médecin, à Chaumont.
Poussié père, idem, à Marvejols.
Prevost (mad.), sage-femme, à Bourges.
Renaud, docteur-médecin, à Loches.
Renaud (mad.), sage-femme, à Bourg.
Rétif, idem, à Selommes.
Robert, docteur-médecin, à Ligny.
Roche, idem, à Toulouse.
Salvagnat, idem, à Neuve-Église.
Seurres, idem, à Suippes.
Teilhard, idem, à Figeac.
Thomas, idem, à Saint-Étienne.
Tortera, officier de santé à Villiers-St.-Benoît.
Vaysse, docteur-médecin, à Aunat.
Vellegens, idem, à Bilchi.
Viens, officier de santé, à Lackau.
Vizerie, docteur-médecin, à Bergerac.
Zezierski, idem, à Chaussin.

VARIÉTÉS.

Éloge de Larrey

Prononcé à l'Académie royale de médecine, par M. Pariset, secrétaire perpétuel, le mardi 23 novembre 1845.

Lorsque j'eus l'honneur de prononcer devant vous l'éloge de Desgenettes, je disais que, sous une plume éloquente, cet éloge eût aisément pris le mouvement et l'éclat d'un poème héroïque. J'oserai dire aujourd'hui que, dans la bouche d'un Bossuet ou d'un Fléchier, l'éloge que vous allez entendre s'élèverait comme de lui-même à la dignité sainte d'une oraison funèbre. La médecine a ses martyrs et ses gloires comme la religion ; et si vous remettez un moment dans vos esprits les nobles qualités qui forment le chirurgien militaire, la patience et le courage, la douceur et la fermeté,

la pitié la plus tendre et la sévérité la plus inflexible, une vigilance infatigable, un entier oubli de soi-même, un dévouement absolu pour les malheureux, et, lorsqu'il faut secourir la souffrance, réparer les ruines d'une organisation mutilée, et rallumer une vie près de s'éteindre, un génie inventif, dont les soudaines inspirations mettent, pour ainsi dire, entre les mains des ressources inespérées, et des procédés où la hardiesse est tempérée par la prudence, par l'audace et par le sang-froid; si, dis-je, vous rassemblez toutes les parties de ce tableau, et si ce tableau s'achève dans votre pensée, cherchez s'il est une seule de ces vertus de l'âme, s'il est un seul de ces talents de l'esprit, qui ait manqué à l'homme dont je dois vous entretenir, à l'un des plus illustres membres de votre compagnie, à Jean-Dominique Larrey. Du reste, messieurs, vous le savez: ce n'est pas dans un seul lieu; ce n'est pas dans le paisible cours d'une vie tranquille et uniforme, qu'il a déployé des qualités si rares; il les a signalées dans toutes les parties du monde, sur les mers et dans l'horreur des tempêtes, sur les continents et dans le fracas des batailles, il les a portées partout avec lui, à travers toutes les vicissitudes de la vie la plus agitée, d'une vie rudement éprouvée par la fatigue, la faim, la soif, par les ardeurs du Midi, par les frimas du Nord, et, dans ces extrémités également cruelles, toujours semblable à lui-même, toujours plein d'énergie et d'humanité. Critiques vulgaires, n'ayez pas le lâche et honteux courage de relever dans les écrits d'un tel homme quelques méprises de noms, quelques erreurs de temps ou de lieux, quelques théories imparfaites sur les phénomènes les plus impénétrables de notre économie. Sachez que des taches si légères sont effacées par l'éclat de ses actions, et que ce sont ses actions qui ont consacré pour jamais sa mémoire. On n'oubliera jamais que, non moins intrépide que le soldat dont il partageait les destinées, il s'est plus d'une fois précipité sous le feu des canons ennemis, dans les grêles de balles et de mitraille, pour arracher à la mort les glorieuses, mais déplorables victimes de nos tristes guerres; que, pour les panser et pour les nourrir, il leur a fait plus d'une fois l'abandon de ses vêtements, de son linge, de ses propres vivres; et que, plus d'une fois, entouré par des milliers de plaies effroyables, de ces énormes plaies du boulet et de l'arme blanche, on la vu soutenir pendant trente heures, sans repos, sans nourriture, le pénible soin de remédier à tant de maux; lasser par ses efforts ceux de ses auxiliaires les plus vigoureux, les plus patients, les plus résolus; et, tout trempé de sueur et couvert de sang, n'abandonner enfin ce grand travail qu'après le pansement complet du dernier blessé. En déserter un seul eût été pour lui pire que la mort. Voilà ce qu'a fait Larrey pendant les vingt-deux années d'une guerre sans exemple dans les annales du monde; voilà ce qu'il a fait, les années suivantes, dans le service des hôpitaux militaires, service où ne se représentent que trop souvent, même en pleine paix, des accidents non moins désastreux qu'à la guerre. Voilà aussi, messieurs, ce qui doit être l'éternel objet de nos hommages. Y substituer dans nos souvenirs de vaines et puériles remarques serait un sacrilége et une impiété. Mais il est temps d'entrer dans les détails d'une vie que toutes les nations ont honorée, et qui a été pour la chirurgie française, que dis-je? pour la France elle-même, un de ses plus glorieux ornements.

Jean-Dominique Larrey naquit en 1766, à Beaudéan, village de la vallée de Campan, aux pieds des hautes Pyrénées. Ses mémoires n'apprennent rien sur sa famille, ni sur sa première éducation. A treize ans, il fut envoyé à Toulouse, où l'un de ses oncles, Alexis Larrey, était chirurgien-major et professeur du Grand-Hôpital. Cet oncle lui fit faire ses études au collége de l'Esquille, et le mit ensuite au nombre des élèves auxquels il enseignait la médecine. On a vu dans l'éloge d'Esquirol à combien de travaux divers et avec quels succès étaient appliqués ces élèves. En 1787, Larrey vint à Paris. Il apprend à son arrivée qu'un concours est ouvert pour des places de chirurgiens de la marine. Entraîné par son instinct pour les voyages, il concourt, il est nommé, il se rend à Brest. Chemin faisant, il salue à la Trappe le tombeau d'Adélaïde et du comte de Comminges; à Laval, l'humble demeure où Ambroise Paré vint au monde. A Brest, après deux examens, les officiers de santé en chef de la marine le nomment chirurgien-major des vaisseaux du roi; faisant en cela violence à l'usage, car Larrey n'avait pas vingt-un ans et n'avait pas navigué.

On préparait une expédition que des raisons politiques firent contremander. On licencia la plupart des nouveaux chirurgiens. Larrey fut du petit nombre de ceux que l'on conserva; il eut ordre de s'embarquer, en sa qualité de chirurgien-major, sur *la Vigilante*, frégate qui allait à l'île de Terre-Neuve protéger la pêche de la morue. Ici, tout est nouveau pour Larrey, même dans son service. Néanmoins, tout fut prévu, réglé, conduit, comme l'eût fait une expérience consommée. C'est que l'activité de l'esprit supplée à tout. Dans le récit qu'il a fait de cette première campagne, vous trouvez de curieuses observations de médecine, d'histoire naturelle et de climatologie; des infortunes de pauvres naufragés, touchantes comme les épisodes de *l'Odyssée*; et, dans les sauvages de ces âpres régions, des traits d'humanité qui feraient honneur aux peuples les plus polis. Parti de Brest en avril, Larrey y rentra en octobre; et pendant ces six mois passés sous le ciel le plus inégal, et malgré la gravité des maladies aiguës ou chroniques dont fut affligée plus de la moitié de l'équipage, sur quatre-vingts personnes, Larrey n'eut à regretter aucune perte. La frégate désarmée, Larrey fut libre et revint à Paris.

On entrait dans le grand hiver de 1789, et, tout ensemble, dans nos calamités politiques. Cette année, et les deux années suivantes, Larrey suivit, sous l'illustre Desault et l'illustre Sabatier, le traitement des premières victimes de nos discordes. Bientôt s'alluma cette guerre dont les feux ont, pendant plus de vingt ans, embrasé l'Europe et troublé toutes les parties du monde. Le 1er avril 1792, Larrey était à Strasbourg avec les fonctions de chirurgien-major des hôpitaux de l'armée du Rhin. Dès les premiers pas, c'est-à-dire dès les premières victoires de cette valeureuse armée, Larrey fut frappé de l'imperfection du service chirurgical; c'est à une lieue du champ de bataille que se tenaient les ambulances; la bataille terminée, ces ambulances rencontraient dans leurs mouvements des milliers d'obstacles, et vingt-quatre, trente, trente-six heures s'écoulaient avant que le blessé reçût aucun secours: abandon cruel et plus meurtrier que le fer même de l'ennemi. Saisi de pitié, Larrey conçut le dessein d'une ambulance aussi légère, aussi mobile, aussi rapide que l'artillerie volante. Quelques essais portèrent cette ambulance à sa perfection. Elle fit sur l'âme du soldat la même impression que fit autrefois sur toute une armée la seule présence d'Ambroise Paré. Sûr d'être promptement secouru, le soldat se crut invincible; et plus d'une fois Larrey a recueilli lui-même les heureux fruits de sa belle invention. Dans l'exposé de la grande bataille livrée le 22 juillet 1793 pour dégager Landau et Mayence, le successeur de Custine, Beauharnais, se plaît à relever les services éminents de l'ambulance, ainsi que les infatigables soins de son auteur; et cette justice que le général victorieux rend à Larrey, Larrey la rend à son tour au zèle de ses collaborateurs, aux lumières du médecin en chef Laurentz, aux talents de ses collègues Percy et Lombard, qui concouraient avec lui au bien-être de l'armée et à la conservation des blessés. Au mois d'avril suivant, Larrey reçut l'ordre de se rendre à Paris pour organiser des ambulances sur le modèle de la sienne et les établir dans les autres armées, car la France en avait alors quatorze.

Mais la Corse était depuis un an dans la main des Anglais; pour la leur arracher, on levait une armée dans le Midi. Larrey n'eut pas le temps de songer à ses ambulances. On le fit partir pour Toulon, avec le titre de chirurgien en chef de cette nouvelle armée. Une flotte l'attendait à Nice, où elle avait pris des troupes de débarquement. Bloquée dans le port par une flotte ennemie, elle ne put mettre à voile, et l'expédition fut abandonnée. Appelé à l'armée des Pyrénées-Orientales, Larrey se rend en Catalogne. Il assiste à la prise de Figuières, à la mort de Dugommier, au siége et à la presque destruction de Roses, mal défendue par ses rochers et par les rigueurs de l'hiver. Les combats, les assauts, la terrible explosion des redoutes espagnoles, et le froid lui-même, produisirent des morts, des brûlures, des gangrènes et des plaies à profusion. Une seule journée de cette courte guerre en donna près de 700, dont 200 très graves. Dans les douze premières heures, opérations et pansements, tout fut achevé par Larrey, secondé de quelques aides. La paix faite avec l'Espagne, il court à Paris, respirer un moment dans le sein de sa famille, et refaire sa santé délabrée. Mais un nouvel ordre le renvoie, pour la troisième fois, à Toulon; et, dans les loisirs que lui laissait la lenteur des préparatifs militaires, il fit, à la sollicitation d'un grand nombre de chirurgiens de terre et de mer, il fit ce qu'il a fait partout, des leçons d'anatomie et de chirurgie théorique et pratique, leçons qu'il éclairait par des expériences sur les animaux vivants; ne refusant, du reste, ses services à personne, et s'appliquant chaque jour à étendre ses connaissances; car, je le déclare une fois pour toutes, dans quelque situation qu'il se trouvât, jamais Larrey ne perdait l'occasion de voir et d'observer, ni même de communiquer ce qu'il avait appris.

Mais, professeur volontaire à Toulon, il le fut bientôt d'office à Paris. On venait de créer au Val-de-Grâce une école de médecine militaire. Il y fut appelé pour occuper une chaire. Il se proposait, avec ses collègues Dufouard, Chayron, Desgenettes, de donner à l'enseignement une étendue illimitée, et de faire de l'école une véritable académie. Vain espoir! la durée de ses cours fut à peine de deux années; encore fut-il contraint de les interrompre pour une course à l'armée d'Italie, où l'on voulait des ambulances volantes. On les voulait apparemment pour l'avenir, ou pour des entreprises ultérieures; car, en Italie, il n'y avait plus de guerre. Par la destruction de cinq armées formidables, les meilleures de l'empire, et sous les plus habiles généraux, par la prise de Mantoue, l'anéantissement de l'oligarchie vénitienne, la soumission de Rome et la répression des révoltes, le génie de Bonaparte avait, en deux campagnes, mis sous les pieds de la France cette partie de l'Europe. Toutefois, Larrey parcourt les principales villes de la haute Italie, visite les hôpitaux, y introduit des améliorations, propose surtout d'y attacher des écoles d'anatomie et de chirurgie, forme des ambulances, les fait manœuvrer sous les yeux du général, qui s'en montre satisfait; en établit trois pour les trois divisions de l'armée; règle le traitement de quelques typhus et d'une épizootie cruelle, a le singulier bonheur de voyager avec Dessaix, et de voir à Pavie Spallanzani et Scarpa, comme il avait vu à Mayence Starck et Sœmmering; rend compte à Milan de sa mission, et, comblé de marques de satisfaction, revient à Paris renouer son enseignement. Presque aussitôt il est mandé à l'armée d'Angleterre. J'insiste sur cette succession de déplacements presque instantanés, parce qu'elle fait voir quel était le rapide mouvement qui, dans ces temps de gloire et de malheur, emportait çà et là les hommes et les choses.

Mais, au centre de ce tourbillon, un grand

dessein s'était formé. Bonaparte avait depuis longtemps les yeux sur l'Orient. J'ai essayé dans l'éloge de Desgenettes de montrer par quelle série de sentiments et d'idées Bonaparte, froid et recueilli dans l'éblouissement de ses victoires, faisait de la conquête de l'Égypte l'objet constant de ses méditations favorites. Il voyait dans cette conquête l'empire de la Méditerranée pour la France et l'équivalent de toutes les colonies qu'elle avait perdues. Il y voyait pour lui-même un vaste champ où il allait déployer sans obstacles l'esprit créateur dont il se sentait animé. Sans obstacles, ai-je dit, car, en portant la civilisation dans le sein même de la barbarie, il se flattait de soumettre toutes les volontés, moins par la terreur de ses armes que par la persuasion et l'intérêt, par la modération et la justice de ses actes, par une protection et des bienfaits de tous les instants; par le respect le plus inviolable pour les mœurs, la religion, les habitudes. A l'égard des obstacles plus éloignés que lui susciterait la jalousie des nations, il en appelait à sa vigilance, à sa fortune, à la victoire. En un mot, il allait changer la face de l'Orient, ranimer les sciences dans leur berceau originel, y réveiller tous les arts utiles, donner au monde l'exemple unique d'un pouvoir fondé sur la force et l'équité, et réaliser ainsi, je ne dis pas les projets de Sanuto, de Ximenès ou de Leibnitz, mais ceux mêmes d'Alexandre, et se faire une gloire supérieure à la sienne, car Alexandre était né roi, et son père lui avait mis dans les mains toute la Macédoine et toute la Grèce.

Vous savez, messieurs, avec quel art profond, avec quelle maturité cette grande expédition fut préparée, avec quel empressement elle fut favorisée par le Directoire, avec quelle fidélité le secret en fut dérobé à l'inquiète curiosité de toute l'Europe. Vous savez aussi que, comme Alexandre, Bonaparte marchait avec la Macédoine et la Grèce, je veux dire avec la force, le courage et le savoir qui montèrent avec lui sur la flotte. Larrey avait été mandé à l'armée d'Angleterre, c'était l'être à l'armée d'Orient. Il vole à Toulon. Médicaments, linge, instruments, tout ce que demandent les nécessités de la guerre, tout est réuni par ses soins, tout est mis en caisse et embarqué. Des chirurgiens manquent, il en demande partout: Montpellier, Toulouse, l'Italie lui en envoient cent huit, tous jeunes, tous instruits, tous pleins de courage et de résolution. Il les distribue sur les vaisseaux. Enfin, le 13 mai 1798, la flotte lève l'ancre; elle paraît sur la mer, elle marche; et, ralliant, à mesure qu'elle avance, des vaisseaux partis de Bastia, de Gènes, de Civita-Vecchia, elle arrive complète, le 9 juin, sous l'île de Goze, et le 10 devant Malte. Elle demande de l'eau. Malte conteste, est menacée, s'épouvante et se rend. En neuf jours tout y est changé. Le 19 juin la flotte reprend la mer; elle est le 28 devant la terre basse de l'Egypte. L'armée débarque. Le 5 juillet, Alexandrie est prise; le 6, Bonaparte marche sur le Caire. Ce feu d'action qui se répandait dans toute l'armée était son arme retoutable. Larrey avait la même ardeur. En courant, sur les pas du général, d'Alexandrie au Caire, du Caire à Suez, de Suez à Salahieh, El Arisch, Gaza, Jaffa, Saint-Jean-d'Acre, Nazareth, dans la funeste expédition de Syrie, et, après sa rentrée en Egypte, d'Aboukir à Héliopolis, Larrey semblait créer d'une parole des ambulances, des hôpitaux, des appareils, des écoles et des cours de chirurgie militaire; s'arrêtant sur des champs de bataille tout fumants de carnage, ou se jetant sous le coup même qui venait de frapper Caffarelli, Lannes, Arrighi, Beauharnais et tant d'autres; s'identifiant avec toutes les douleurs pour en assoupir la violence par de doux pansements, pour en abréger la durée par ces grandes opérations dont la seule image effraie et que la gravité du mal ne permet pas de différer; enfin, pour en adoucir l'amertume aux braves soldats, aux braves généraux dont il recevait les dernier soupirs; tellement menacé lui-même qu'il voyait tomber autour de lui ses collaborateurs, je dirai mieux, ses émules de courage et d'humanité; ayant à lutter d'ailleurs contre toutes les privations, contre un ciel de feu, contre des vents meurtriers, contre la plus insidieuse et la plus cruelle des maladies, contre la peste, la peste qu'il rencontrait partout, et qui, se glissant par mille voies inconnues jusque dans le sein des hôpitaux, donnait la mort aux malheureux que ses habiles mains avaient sauvés. Ici, messieurs, que chacun de nous s'interroge; que chacun de nous se transporte un moment dans ce torrent de périls, de désastres et de gloire, et que, l'esprit déchargé de soucis, le cœur navré de tristesse, le corps brisé de fatigue, il se demande s'il aurait eu le temps, la force, la volonté de suffire, comme Larrey, à une vaste correspondance; de rédiger, comme lui, des instructions, d'étudier, comme lui, des maladies qui pouvaient lui rester étrangères; d'écrire, comme lui, de savantes remarques sur l'hépatitis, la lèpre, l'éléphantiasis, le sarcocèle, la syphilis, si répandue, et en général si bénigne en Egypte, sur le scorbut et l'ophthalmie, sur une sorte de fièvre jaune si semblable à celle des Antilles, et pourtant si différente; sur le danger des petites sangsues que le soldat avale en se désaltérant, et qui, implantées sur un point du pharynx ou des fosses nasales, échappent à la vue et causent des hémorrhagies quelquefois mortelles. Enfin, qui de nous aurait eu, comme lui, la patience de recueillir sur tant de maladies si diverses cette longue suite d'observations individuelles que l'on rencontre, pour ainsi dire, à chaque page de ses Mémoires? Et cependant, là ne s'arrêtent point les vues de Larrey; il les porte sur une infinité d'objets qui intéressent les arts, les sciences, la philosophie : par exemple, sur l'incubation artificielle, pratique dont l'invention se perd dans l'obscurité des premiers temps; sur la médecine actuelle des Egyptiens, laquelle n'est pas même l'ombre de l'ancienne médecine; sur

la variole et l'inoculation; sur la circoncision, l'infibulation, sur la population de l'Egypte, c'est-à-dire sur les races très diverses dont elle est composée, et qui en sont comme la vivante histoire; sur l'usage des bains si favorable à la fécondité des femmes; sur l'état des momies; la division de l'année, l'agriculture, et quelques points de botanique et de l'histoire naturelle. Il termine par la peinture de l'Egypte, lorsqu'à l'ouverture de la troisième année de leur séjour, les Français, paisibles possesseurs, après tant de victoires, de cette contrée magnifique, s'appliquaient chaque jour à la rendre plus belle, plus riche et plus facile à défendre; en améliorant, en décorant l'intérieur des villes, en établissant des voies de communication; en nettoyant les ports de mer, en élevant des manufactures et des forteresses, infaillibles gages de grandeur et d'opulence qui eussent tourné à la félicité de tout le genre humain; chef-d'œuvre de sagesse que nous eût envié la sublime philosophie des Grecs. Mais sur l'horizon qui l'environne au nord, à l'est, au midi, s'élèvent des nuées qui apportent la guerre et la destruction. Veuve de ses premiers généraux, l'armée, en les perdant, a perdu sa fortune. Les triomphes font place aux revers et aux revers, les plus cruels. Séparée d'avec elle-même, affaiblie, défaite par l'ophthalmie, par le scorbut, par la peste, avant d'être même entamée par l'ennemi, l'armée précipitant sa perte par sa bravoure, et traînée dans son propre sang jusqu'aux vaisseaux qui l'attendent, l'armée, désormais sans espoir, consent à retourner en France. Toujours digne d'elle et de lui-même, dans ce grand désordre, Larrey en accompagne les tristes débris. Tous saluent d'un adieu de douleur les rivages de cette brillante contrée qui semble s'éloigner d'eux pour jamais; de cette contrée qu'ils aimaient déjà comme une seconde patrie, et qui leur est arrachée au moment où elle allait devenir dans leurs mains la région la plus délicieuse de la terre. Ainsi s'évanouit ce rêve du génie, auquel allaient succéder d'autres rêves encore plus grands peut-être, et d'un réveil encore plus funeste.

A son arrrivée à Marseille, Larrey reçut la plus touchante des récompenses, et la seule consolation que son cœur pût goûter. Toute l'armée, jointe à ses confrères, vint, par des acclamations unanimes, trouver son courage et ses services. Le gouvernement consulaire était formé; ce gouvernement avait une garde. Larrey dans son absence en avait été nommé chirurgien en chef. Il l'apprit par les lettres flatteuses que lui adressait le ministre de la guerre, Alexandre Berthier. Rendu à Paris, et favorablement accueilli par le premier consul, Larrey prend son service, compose sa relation chirurgicale de l'armée d'Orient, ouvre des cours de chirurgie militaire expérimentale, songe à satisfaire à la nouvelle loi sur la médecine; et le 10 mars 1803, sous la présidence de son vénérable maître, l'illustre Sabatier, il soutint à l'Ecole de médecine sa thèse inaugurale sur les amputations, thèse qu'il a refondue plus tard dans un mémoire général et tel que le voulait une expérience plus étendue; mais qui, alors, eut les suffrages de ses maîtres et lui mérita le titre de docteur en chirurgie. Larrey est le premier, de nos temps modernes à qui ce titre ait été déféré.

Ce serait ici, messieurs, le lieu de vous parler de nos changements politiques et de la puissance de ce principe d'unité qui, n'étant pas dans nos esprits, était dans nos mœurs, et nous ramenait de vive force à la forme de gouvernement que nos témérités avaient proscrite et que nos anarchies rendaient de plus en plus nécessaire. La république fut proscrite à son tour. Des millions de suffrages élevèrent le premier consul à la dignité d'empereur: et voyez les suites: un empereur, un chef militaire d'une nation belliqueuse; une nation enivrée de ses triomphes et chaque jour plus éprise de la dangereuse gloire des batailles. Qu'est-ce que tout cela? Ce n'est plus qu'une masse de soldats, ce n'est plus qu'un régiment armé contre l'Europe, ou plutôt contre le monde, et conduit par un capitaine habile, intempérant de pouvoir et de renommée; et qui, se plaçant, comme il le disait lui-même, sous la grande coupole de l'histoire, n'aspire qu'à laisser dans le souvenir des hommes une trace que le temps ne saurait effacer. Quelle inépuisable source de guerres, de gloire et d'infortunes! De là ces entreprises si malheureuses et si vantées, qui, portant notre valeur et notre impétuosité dans tant de contrées diverses, les remplissaient de terreur et d'admiration. Je n'entends point vous raconter ces illustres et pourtant stériles campagnes. Il doit me suffire de vous rappeler celles où Larrey reçut l'ordre de suivre nos armées. Il les suivit dans les campagnes de Boulogne, d'Ulm, d'Austerlitz, de Prusse, de Pologne, d'Autriche, de Russie, de Saxe et de France; itinéraire qui seul fera un jour l'étonnement de la postérité. On sera surtout frappé de voir la France clore cette nomenclature; on en conclura que, par un retour inévitable des fatalités de la guerre, la France, qui avait couvert tout le continent de ses bataillons, a été enfin refoulée sur elle-même, et qu'après avoir occupé toutes les capitales de l'Europe, elle a vu la sienne envahie par les étrangers. Tontefois, les armées s'ébranlant, les campagnes s'ouvrent: marchons sur les pas de Larrey. Magnifique et triste spectacle! Que d'exploits et de victoires! Que de villes emportées et de provinces soumises! Mais aussi que de sang versé! Que de cris lamentables! Que de morts éclatantes, obscures, dignes d'admiration, dignes de pitié! Et surtout, quelles effroyables plaies! Les batailles les plus heureuses, celle d'Austerlitz, celle d'Eylau, et tant d'autres, donnent par milliers des blessures. A la vue de tant de maux, quels qu'en soient le nombre et la gravité, le génie de Larrey s'élève avec son courage. Cette rude et glorieuse tâche (glorieuse est le nom que je lui dois), cette tâche qui va épuiser ses forces, les rend plus vives et plus énergiques; et, dans

es longues heures qu'il y consacre, il s'oublie ui-même jusqu'à contracter presque une pa-alysie incurable et souverainement incom-node. Ici, du reste, plus de vaines distinc-ions, les rangs n'y sont plus marqués que par a douleur : et le plus humble soldat, s'il est e plus souffrant, est le premier qui reçoit ses ecours. Dans les soins d'une pitié généreuse, u'il est merveilleusement servi par les am-oulances qu'il a créées, rapides et légères, qui emblent prendre des ailes pour emporter au oin les malades, à 20, 30, 40, 50, 55 lieues, et es déposer dans des asiles de paix et de sécu-ité! Et ces soins, les bornait-il aux seuls Français? Non, il les donnait encore aux sol-lats ennnemis: il avait dans l'âme, il avait lans les mains et jusque dans les doigts, pour insi dire, cette touchante et sainte maxime le Térence, qui, entendue pour la première ois au théâtre, émut si vivement tout le peu-ple romain : « *Je suis homme, rien de ce ui est humain n'est étranger pour moi.* » Comment une conduite en effet si humaine, si courageuse et si noble, ne lui aurait-elle pas concilié la vénération de toute l'armée? Ses moindres actions étant connues des moin-dres soldats, quels trésors de gratitude il s'a-massait dans leurs cœurs! et quel beau té-moignage il en reçut dans une circonstance qui doit trouver place dans ce discours, et que, cependant, je ne puis rappeler sans amer-tume. Souffrez que je reprenne les choses de plus haut.

Vous le savez, messieurs, nos armées avaient si souvent triomphé, qu'on les crut invinci-bles. Une aveugle foi dans la fortune et la valeur de la France finit par ouvrir une ère de malheurs et de revers inouïs. Le trône de l'Europe était partagé. L'Occident était dans une main; l'Orient dans une autre. Soit ja-lousie d'orgueil, soit défiance de l'avenir, et pour donner une assiette plus ferme à une hiérarchie naissante, soit enfin pour accom-plir des desseins plus vastes, pour porter les aigles françaises au sein même de l'Asie, pour y pénétrer plus avant que n'avait fait Alexan-dre et frapper au cœur une nation rivale, l'empereur, encore au prises avec le Portugal et l'Espagne, osa tirer le glaive contre la Rus-sie; la Russie qui remplit la moitié de l'Eu-rope et le tiers de l'Asie, c'est-à-dire la sixième partie de toute la terre : la Russie qui, tirée depuis trois demi-siècles seulement des ténè-bres de la barbarie, marchera bientôt, le front levé, à la tête des nations les plus formidables; la Russie qui, après n'avoir compté que six millions d'habitants, en compte aujourd'hui plus de soixante millions, lesquels s'accrois-sent encore d'un demi-million chaque année; la Russie qui, dans son sol, ses forêts, ses plaines, ses pâturages, ses lacs, ses rivières, ses mers, ses mines de fer, de cuivre, de pla-tine et d'or, trouve par son travail tous les moyens d'alimenter, d'habiller, d'enrichir ses peuples, d'entretenir ses arsenaux, ses acadé-mies, ses écoles; d'équiper ses flottes, de sol-der et d'armer ses 900,000 soldats; la Russie qui se compose, il est vrai, d'éléments hétéro-gènes, mais unis, enchaînés, mûs par une seule volonté; nation invincible dans ses foyers, et qui serait la terreur de toutes les autres, si les mouvements de ce grand corps n'étaient ralentis par sa grandeur même; et si, dans les déserts du côté de l'Orient, la na-ture n'offrait à son activité de riches et d'in-nocentes conquêtes.

Tel était l'ennemi que l'empereur voulait abattre. Je n'entre point dans les détails de cette guerre déplorable et trop tardive; mais, par la situation des deux adversaires, il était visible qu'elle serait funeste à l'agresseur. Je-tée loin de sa patrie, l'armée française devait, pour son salut, trouver tout dans sa propre force. Elle traînait avec elle des alliés d'une foi contrainte et suspecte; qui, ne voyant dans ses lauriers que la confirmation de leur défaite antérieure, et par conséquent de leur propre honte, n'avaient dans le cœur que haine et défection, et n'attendaient, pour la trahir, que la plus légère hésitation dans sa fortune; au lieu qu'appuyée, comme Antée, sur son territoire où elle était servie à souhait par les siens, la Russie allait surtout l'être par le plus fidèle et le plus redoutable de tous ses alliés, la nature, je veux dire la rigueur de son im-placable climat. Ainsi, d'un côté, tous les dangers de l'attaque; de l'autre tous les avan-tages de la défense; comme il arriva sous les croisades et sous Charles VIII. Dès ses pre-miers pas, notre armée rencontra des préca-ges sinistres. Pas de vivres, pas de fourrages, pas d'hôpitaux; et cependant les marches ra-pides et forcées, les pluies, les bivouacs, les inconstances de la température, multipliaient, pour les hommes et pour les animaux, les ma-ladies et les morts. Quelques combats y mê-laient des blessés en grand nombre. Smolensk en eut jusqu'à 10,000, de toutes les nations. Les Russes semblaient fuir, dévastant leurs propres campagnes, détruisant leurs villages, brûlant leurs villes, et ne laissant entre eux et nous que des ruines et des cendres; et, dans ces cendres, des menaces terribles, et comme des images de mort. Toutefois ces premiers combats nous étaient favorables. Notre supé-riorité ne se démentait pas, et, dans le trans-port d'une dernière victoire et l'enivrement de ses espérances, l'armée, qui soupirait après un repos de quelques jours, courut se précipiter dans les flammes de Moscou. L'his-toire ne parlera qu'avec effroi de ce grand embrasement qu'une résolution, dirai-je su-blime, dirai-je frénétique, alluma sur les confins de l'Europe et de l'Asie, pour l'éton-nement et l'instruction de toute la terre. Je le dis avec douleur; c'est dans cette mer de feu que s'éteignit notre empire. C'est là que le monde a pu contempler dans toute son horreur l'affreux néant de la fausse gloire; car la véritable gloire n'est point dans la force : elle est dans la raison, la justice, l'hu-manité; elle est dans le génie bienfaisant d'un Socrate, d'un Marc-Aurèle, d'un Epic-tète, d'un Kang-Hi, d'un Francklin, d'un

Washington, d'un Alexandre. Toutefois, il faut sortir de cette immense fournaise, où va s'asseoir la famine; mais l'armée n'échappe aux fureurs de l'incendie que pour se livrer aux fureurs de l'hiver. Les voyez-vous, ces différents corps épars çà là, repoussés par une main invisible et toute puissante, rebrousser chemin, et, dans leur retraite malheureuse et précipitée, chercher leur route à travers d'immenses plaines blanchies par une neige épaisse, impraticables aux chevaux, aux bagages, au simple piéton qui a rejeté ses armes dont le poids l'accablait; et sans cesse balayées par un vent chargé de brume et de givre, inégal, impétueux, qui les pénètre, les transit, engourdit, enchaîne leurs mouvements et trouble à la fois leur vie et leur esprit? Les voyez-vous, dans les longues et froides nuits, marcher au hasard, à la faible clarté des étoiles, s'égarer dans les forêts glacées, se diviser en pelotons, se traîner, débiles et chancelants, jusqu'à des villages abandonnés, dans l'espoir d'y rencontrer un peu de chaleur et de nourriture; et, rendus de fatigue et de douleur, tomber sans mouvement et exhaler leur dernier soupir?

C'est ainsi que des régiments, que des bataillons tout entiers fondent, disparaissent et noircissent de leurs cadavres la surface éclatante de ces plaines désolées. Le jour, ceux qui ont le malheur de survivre se réunissent en colonnes et continuent lentement leur marche dans le silence de l'abattement et de la consternation. Et quel mélange! quelle confusion! quel désordre! quels accoutrements bizarres! Où est le drapeau? où est l'uniforme? où est le commandement et l'obéissance? Mais, depuis Moscou, toute discipline est détruite. Sauf un très petit nombre, ce ne sont plus des soldats, ce ne sont plus des hommes; ce sont des ombres tremblantes, ce sont des spectres livides, décharnés, mal couverts de lambeaux affreux; ou, plutôt, c'est la faim dévorante, c'est l'ardente soif; c'est l'épuisement, la nudité, le désespoir, soutenus seulement par la terreur que leur inspire la vengeance insistante et cruelle qui les poursuit sans relâche, le fer et la flamme à la main. Le canon gronde; l'ennemi approche; il faut marcher. Un fleuve se présente. De tous côtés, la mort. Deux ponts sont jetés: les corps armés passent; la foule se précipite; de malheureux fugitifs de Moscou, avec leurs femmes, leurs enfants, leurs bagages, des soldats, des chevaux, de l'artillerie. De loin, dans le flot qui s'avance, on aperçoit Larrey. Mille cris s'élèvent: « *Sauvons celui qui nous a sauvés; qu'il vienne, qu'il approche!* » La foule s'écarte, Larrey touche le pont, et le voilà dans les bras des soldats qui le font passer de main en main d'un côté du fleuve à l'autre; il est sauvé. Presque aussitôt les ponts, surchargés, fléchissent et croulent. Tout est jeté dans les glaçons du fleuve et dans les marais voisins: hommes, femmes, enfants, soldats, chevaux, canons, chars de guerre, tout tombe pêle-mêle, tout est écrasé, tout meurt, tout est englouti pour jamais. O gloire! ô idole de sang et d'orgueil! est-il désormais un cœur d'homme qui ose t'encenser? et que devient ton abominable prestige, quand on le compare à la tendresse de cette jeune mère qui, plongée dans l'eau glacée du fleuve, élève au-dessus de sa tête son faible enfant, pour le montrer à la miséricorde du soldat, et goûte, en perdant la vie, l'ineffable bonheur de sentir qu'on l'enlève de ses mains?

Mais qu'ai-je fait? Retenu et comme fasciné par ce tragique évènement, j'ai anticipé sur les actions de Larrey; ou, plutôt, je les ai cachées. J'ai caché même une partie de cette fatale histoire, et je dois revenir sur mes pas.

Dans cette suite de désastres, en effet, qu'attendez-vous de Larrey, messieurs? Larrey partagea tous les périls, tous les travaux, toutes les souffrances. Il remplit tous ses devoirs; et jamais ces saints devoirs ne demandèrent plus de dévouement et de fermeté. Malgré les distances et les difficultés des chemins, il était à la tête de ses ambulances et de ses auxiliaires, la veille du grand jour, de ce jour fameux où, dans l'étroit espace d'une lieue carrée, six cent mille combattants furent aux mains pendant quinze heures, sous les feux entrecroisés de deux mille pièces d'artillerie. Jamais acharnement ne fut plus opiniâtre, ni mêlée plus sanglante et plus affreuse. Elle nous coûta quarante généraux; elle mit hors de combat treize mille hommes, et, sur ces treize mille, on compta neuf mille cinq cents blessures, les unes mortelles sur-le-champ, les autres d'une telle gravité, que, dans les vingt premières heures, il fallut emporter sur deux cents malheureux un ou deux membres. Quelque zèle que missent à le seconder ses élèves et la plupart des jeunes pharmaciens, conduits par leur vénérable chef, M. Laubert, Larrey se réserva les opérations les plus difficiles. Il les continua sans distraction jusqu'au lendemain, et jusque bien avant dans la nuit suivante, par un temps froid et nébuleux, et mal éclairé par une torche de cire enflammée, genre de secours qu'il ne demandait que pour faire avec plus de sûreté les ligatures. Ce travail accompli, Larrey se sépare de ses blessés pour accompagner l'armée; il la suit à Moscou, il entre avec elle dans ses rues longues, spacieuses, mais désertes et muettes comme les avenues d'un grand sépulcre. Il a le cœur saisi de cette solitude et de ce silence. Le feu paraît çà et là sur différents points, faible d'abord; mais, attisés par un fort vent de l'est et du nord, ces foyers s'étendent, s'approchent en rugissant et se confondent, faisant sortir de ses retraites une multitude effarée; des vieillards, des femmes, des enfants, que la chaleur étouffe, que des flammèches atteignent et brûlent, que menace la chute des murailles, et qui cherchent vainement l'issue de cet affreux labyrinthe; puis la flamme marchant toujours d'une maison à l'autre, d'un palais à l'autre, d'un quartier à l'autre,

et rencontrant dans sa course des amas d'huiles, de résines, d'alcool et de poudre, il se fait de moment en moment des explosions épouvantables, comme si la ville était un assemblage de volcans en fureur, d'où s'échappent avec d'horribles sifflements des gerbes de feu qui font étinceler jusque sur les nues leurs mille et mille couleurs, et d'où s'élancent avec fracas des toitures tout entières et des poutres enflammées, qui vont au loin allumer un nouvel incendie. Dans cette œuvre de ses mains sacriléges, que l'homme est petit et misérable! Toutefois, Larrey avait suivi ses études favorites. A peine arrivé, il parcourt la superbe Moscou; il en visite les magnifiques hôpitaux; il en admire la splendeur et l'opulence, il y voit pour ses blessés des ressources inépuisables; Moscou qui nage maintenant dans un océan de flammes; Moscou qui ne sera tout à l'heure qu'un amas de cendres. Tout est perdu. La retraite est ordonnée. On veut prendre le chemin de l'Ukraine, où l'armée trouvera des vêtements et des vivres. Les passages sont fermés. On est rejeté sur la route qu'on a suivie, route peuplée de ruines, où on n'aura pour nourriture que des cadavres de chevaux. On allait rejoindre du moins les malades et les blessés français et russes que l'on avait réunis en grand nombre à Mojaisy, à Kolloskoï, à Giat, à Wiasma, à Smolensk, et que venait d'augmenter encore la brillante journée où le prince Eugène fut victorieux. Que ne puis-je, messieurs, vous arrêter à chacune de ces stations diverses! Vous verriez Larrey visiter ici les blessés des deux nations, choisir parmi les nôtres ceux qui peuvent rejoindre ou qu'on peut transporter, et en assurer le transport; réunir les autres aux blessés russes, leur fournir à tous quelques vivres et attacher à leur service des officiers de santé français; là, recevoir des remercîments des officiers russes qu'il a opérés et qu'il a guéris; les secourir de quelques dons et recommander à leur gratitude ceux de nos compatriotes que leur triste état retient encore dans les hôpitaux; plus loin, passer des nuits, soit à parcourir des ambulances, soit à panser d'anciens blessés ou des bessés échappés à un combat de la veille ou du matin, soit à opérer des malheureux dont les membres fracturés n'ont pu être conduits à la guérison; soit enfin à arracher aux flammes des malades affaiblis qu'il faut ensuite abandonner. Telles sont, messieurs les fatigues et les douleurs que Larrey eut à souffrir, tels sont les tristes soins dont il fut occupé, tantôt seul et réduit à lui-même, tantôt avec le secours de quelques femmes généreuses et surtout de quelques hommes excellents que nous avons perdus, Ribes, Lerminier, Métivier; en un mot, voilà ce qu'il a fait, depuis la sortie de Moscou, jusqu'à la catastrophe de la Bérésina.

Ce qu'il a fait, ai-je dit! je n'en rapporte qu'une faible partie; et qui le croirait? Les maux qu'il a soufferts, les maux qu'a soufferts l'armée, ne sont que l'affreux prélude de maux encore plus affreux; je me trompe, à Wilna, ceux de l'armée sont au comble, et, pour en peindre tout l'excès, l'histoire n'a point eu d'assez fortes couleurs. A Wilna, où il arrive exténué, Larrey va chercher un asile à l'hôpital de la Charité. Il y est admis. Les vénérables sœurs qui en font le service l'environnent de soins bienveillants. Il sort de son abattement, il respire, et, ranimé par un repos de quelques heures, il court aux hôpitaux. Il réunit dans celui qui l'a reçu, il remet à la charité des sœurs et les chirurgiens malades et les officiers supérieurs blessés; il pourvoit aux besoins de tous les autres et leur laisse des lettres qui les recommandent aux médecins de l'armée russe. Mais ils eurent bientôt dans l'humanité d'Alexandre une protection toute-puissante. Cependant l'armée reprend sa marche; l'armée, si l'on peut appeler de ce nom quelques milliers de fantômes des mains de qui le froid fait tomber le fer qui aurait pu les défendre; défigurés par les glaçons qui pendent à leur chevelure, à leur barbe, à leurs sourcils, à leurs cils; qui se pressent, qui s'appuient les uns contre les autres pour se soutenir et se réchauffer, si pauvres d'ailleurs, et si grotesquement équipés, qu'ils seraient un objet de risée s'ils ne l'étaient de pitié et si leur extrême misère n'arrachait des larmes. Malheur à qui, tenté du doux sommeil que le froid insinue, cède un moment à ce charme mortel! S'il fléchit, s'il se laisse couler à terre, il ne se relèvera plus. C'est ainsi qu'à mesure qu'elle avance la colonne de ces infortunés voit tomber à chaque pas quelques-uns des siens, et qu'en semant sa route de cadavres, elle arrive à Kowno; Kowno, où Larrey trouve les hôpitaux remplis de malades. Il met, à les séparer, à les choisir, à les expédier, à les protéger, la même vigilance et la même activité. Mais l'état même des fleuves nous livrait aux ennemis. Le Niémen était gelé à plusieurs pieds de profondeur; les Cosaques le passèrent à pied sec et nous prévinrent. Il fallut, au sortir de Kowno, leur abandonner le trésor, le reste des équipages, le reste de l'artillerie, tout ce qui pouvait nous assurer une ombre de défense. Contents de cette proie, ils cessèrent enfin leur poursuite.

Qu'avaient-ils désormais à combattre? C'est alors, c'est après quelques jours d'une marche tranquille que les soldats étrangers, nos compagnons d'armes, restés jusque-là fidèles, rompirent une alliance qui leur avait été si funeste, et prirent chacun le chemin de leur patrie. Les Français suivirent seuls la route de Gumbinen. Là, sécurité, repos, vivres, habillements; là parurent, dans toute la sévérité de leur attitude militaire, avec leurs chevaux et leurs armes, ces 3,000 hommes de la garde, les meilleurs soldats de toute l'armée, les seuls qui eussent bravé toutes les calamités de la retraite, et les seuls qui survécussent à une armée de 400,000 hommes, la plus brillante du monde. Ils avaient à leur tête les maréchaux, ducs de Dantzick et d'Istrie. Eugène et Murat en occupaient le centre: ce

centre où s'étaient retranchés, dit Larrey, l'honneur et la gloire de nos armes. Or, ces hommes invulnérables étaient presque tous du midi de la France; remarque sur laquelle Larrey reviendra dans un moment.

Mais Kœnigsberg l'appelle. Nous avions dans cette ville dix mille malades et blessés. Faute de place dans les hôpitaux, on en avait mis dans des maisons particulières; c'était un service à surveiller. Larrey part; il arrive dans la nuit du 21 au 22 décembre, par un froid de 20 degrés. Il est reçu chez son excellent ami le docteur Jacobi. Le jour venu, après une visite générale, et de concert avec le médecin en chef, M. Gilbert, toutes les mesures sont prises, tout est réglé. Les malades que l'on peut transporter sont expédiés en traîneaux, sur la glace, ou pour Elbing, ou pour Dantzick. Il rend compte aux chefs de l'armée de tous les incidents de la retraite. Il rédige pour les chirurgiens une instruction sur le traitement des plaies de congélation, qu'il assimile aux brûlures. Le 23, il est pris tout-à-coup de cette sorte de typhus que produit l'impression du froid, lorsqu'elle a été vive et prolongée et qu'elle a profondément détérioré toute l'économie. L'habileté de son hôte vénérable le mit en état de partir le 1er janvier suivant pour Elbing, d'où il se rendit à Posen et à Francfort, toujours soigneux, malgré sa faiblesse, d'améliorer, chemin faisant, le service des hôpitaux. A Francfort, il eut un repos de quelques jours; il en profita pour coordonner ses notes sur l'action du froid et sur le singulier typhus dont je viens de parler. Souffrez qu'avec lui je vous arrête un moment sur ces tristes objets.

De l'aveu des Russes, jamais hiver n'avait été plus rigoureux. Le thermomètre de Réaumur était descendu jusqu'à 28 degrés. L'armée était constamment au bivouac. Les détachements n'osaient se tenir la nuit dans les granges pleines de fourrages, de peur d'y être brûlés. Les chevaux, privés de couvertures, succombaient les premiers; ils périssaient à chaque pas, en foule, partout, et particulièrement la nuit. Les hommes dépourvus de fourrures, de manteaux, de capotes, pour peu qu'ils fissent halte, s'engourdissaient, tombaient, mouraient, surtout les jeunes soldats, plus enclins au sommeil. Une division de 12,000 soldats, tous jeunes, n'en a ramené que 360. Les sujets blonds, flegmatiques, les hommes du Nord, bien que façonnés par le climat, étaient moins épargnés que les sujets bruns, sanguins, bilieux, nés dans le midi de la France ou de l'Europe. Cependant, il y eut des nuits, en décembre, où chaque bivouac laissait des quantités d'hommes entièrement gelés. Il en mourut jusqu'à 10,000 dans une seule nuit. Une pâleur extrême, une sorte d'idiotisme, la marche chancelante de l'ivresse, comme dans la peste, une parole embarrassée, l'affaiblissement ou la perte de la vue, étaient les avant-coureurs de la mort, que consommait une chute presque toujours sur la face, quelquefois avec émission de l'urine ou avec hémorrhagie nasale, ainsi que Larrey l'a vu sur les hauteurs de Miéneski. Le seul moyen de prévenir ou de retarder une fin si malheureuse était la marche; mais la marche suppose des forces, les forces supposent de la nourriture, et on n'en avait pas. Heureux le possesseur d'un peu de vin! d'un peu de café! Passer brusquement de la famine à la satiété, d'une congélation à une vive chaleur, quoi de plus mortel? En s'approchant du feu des bivouacs, les uns y tombaient raides morts, les autres avaient sur-le-champ les pieds, les mains, les parties saillantes frappées de gangrène, et devenaient la proie de l'ennemi. Reçus dans des appartements trop chauds, d'autres se tuméfiaient, se boursouflaient, expiraient sans proférer une parole. D'autres enfin, cédant à l'avidité de leur appétit, étaient bientôt saisis de cette *ataxie catarrhale de congélation* qu'essuya Larrey, et qui ne diffère pas du typhus des armées; contagion redoutable qui concourut, avec tant d'autres fléaux, à la destruction de nos phalanges, et qui se répandit dans tout le Nord, avec les soldats que l'on transportait d'une ville dans une autre. Jugé favorablement par une diarrhée passagère, par des sueurs brunâtres, par des hémorrhagies nasales; le plus souvent, au contraire, ce typhus emportait les malades, laissant après lui un cerveau affaissé, dense et coiffé d'une couche d'albumine concrète, des intestins rétrécis, des vestiges d'épiploons, des taches noires dans le larynx, et des eschares gangréneuses à l'abdomen et aux extrémités inférieures. Ajouterai-je, avec Larrey, que le froid prolongé fait quelquefois pénétrer dans le tissu cellulaire une impression durable, qui, plus tard, se manifestera sur toute l'habitude extérieure, par une induration analogue à celle des enfants nouveau-nés? Voilà ce que Larrey, de retour en France, a vu sur quantité de jeunes soldats de la nouvelle garde, qui avaient fait la campagne de Russie.

Achevons cette triste campagne. Tout a changé de face. Les amitiés ne sont plus les mêmes; fortifié par nos alliés d'hier, l'ennemi s'avance de partout, et, à chaque moment, de même que notre armée, Larrey change de situation: du 22 février au 30 avril, il passe de Francfort à Berlin, à Wittenberg, à Leipsick, ville de science, que ravage le typhus, à Halle, où il rend visite au fils de Meckel, et d'où il fait enlever nos malades; à Magdebourg, où le service de la chirurgie devait être assuré; ainsi qu'à Halburstadt et à Mersbourg; rencontrant de loin en loin quelque nouveau combat, et recueillant dans ses hôpitaux quelques centaines de nouveaux blessés; car le terrible jeu de la guerre ressemble à la toile de Pénélope; on y fait des contraires: on détruit d'un côté, on conserve de l'autre.

La campagne est terminée, mais la guerre ne l'est pas: deux autres campagnes vont succéder, les dernières de l'empire, celle de Saxe, celle de France, où l'on ne combat plus pour

étendre nos conquêtes, mais pour défendre notre propre territoire contre toute l'Europe, et retenir sur la pente qui l'entraîne le colosse qu'avait élevé notre courage, et qui, dans quelques mois, malgré tant d'efforts héroïques et de sang répandu, sera couché dans la poussière : toutes deux marquées du reste par la même bravoure et les mêmes calamités : des combats, des batailles, des victoires, des trahisons, des défaites, des maladies, et des blessures en nombre effrayant. Le premier mois de la campagne de Saxe en donna 22,000 ; toutes deux enfin, expirant, la première par le désastre de Leipsick, la seconde par le moins prévu de tous nos malheurs, la prise de notre capitale.

Je dois rappeler toutefois que, coupée pour ainsi dire en deux actes par le congrès de Prague, la campagne de Saxe, malheureuse pour nous dans sa première moitié, le fut encore beaucoup plus dans la seconde, puisque notre armée fut rejetée du cœur même de la Silésie jusque sur le Rhin. Aux 22,000 blessés dont j'ai parlé tout à l'heure, et dont les batailles de Lutzen, de Wurchen, de Bautzen, et six combats meurtriers, avaient peuplé les hôpitaux de Lutzen même et de Dresde, il faut joindre les 13,000 que donnèrent les sanglantes batailles de Dresde et de Warchau, et ceux qu'une funeste méprise fit abandonner en grand nombre à Leipsick, avec une partie de l'armée, des bagages, de l'artillerie et tout le matériel des ambulances. Nous perdîmes ce jour-là 30,000 hommes. Le pont de cette ville fut, pour Larrey, comme le pont de la Bérésina. Il venait de le traverser avec la majeure partie de ses collaborateurs, lorsqu'un ordre mal compris le fit sauter. Outre le soin que prenait Larrey de préparer à l'avance et de tenir en bon état les hôpitaux ; outre le soin d'en assurer le service par le nombre et le choix des chirurgiens, le plus souvent, la veille de ces journées malheureuses, il passait la nuit à préparer les appareils, et le jour, après avoir distribué ses ambulances, à faire panser, à panser lui-même sur place tous les blessés, se réservant toujours les cas les plus difficiles, et faisant transporter sur-le-champ les malades dans les villes les plus voisines, en dernier lieu à Francfort et à Mayence, comme il le fit après la vive bataille de Hanau contre les infidèles Bavarois.

Mais à l'histoire de cette campagne se rattache un épisode qui, dans la personne de Larrey, fait encore plus d'honneur à l'homme qu'au grand chirurgien. Dans l'intervalle des deux moitiés de la campagne, on remarqua que 2,632 militaires de toutes armes avaient les doigts tronqués, et les mains percées par des balles. On disait que pour se soustraire au service ils s'étaient blessés volontairement. L'empereur, indigné, veut un exemple. Autorisé par ce qu'il a vu en Pologne, et surtout en Espagne, sur des soldats irréprochables, Larrey ose soutenir qu'il n'est pas un œil capable de distinguer une blessure volontaire d'avec toute autre blessure, et que l'imputation est une calomnie. C'était s'élever contre le sentiment du maître. Il est seul de cet avis. Une enquête est ordonnée et un jury formé sous sa présidence. Il a pour collègues un chirurgien principal, trois chirurgiens-majors, et pour témoins deux officiers supérieurs délégués par le grand prévôt de l'armée. Après le plus sévère examen sur chaque mutilé, le jury déclare qu'il est impossible de prouver qu'une seule des blessures inculpées ait été volontaire, et l'honneur des accusés est proclamé avec leur innocence : jugement d'autant plus inattaquable que les blessures de l'apparence la plus suspecte avaient été reçues par des soldats d'une bravoure et d'un dévouement éprouvés. En présentant ces conclusions à l'empereur encore tout ému, Larrey en appelle à sa justice, et il obtient deux choses : le renvoi des militaires encore valides à leurs différents corps, et une destination honorable pour ceux qui ne pouvaient plus servir ; deux mesures que l'empereur adopte et qu'il étend à tous les blessés de l'armée. Ici, l'équité, toujours si nécessaire, était d'accord avec la politique. Les ennemis apprirent que notre armée n'avait pas de courages équivoques. L'armée elle-même le sentit avec joie, et la foi qu'elle avait dans ses propres forces n'en fut que plus vive.

En Egypte, Larrey rencontrait partout ce typhus appelé peste, cette triste fille de l'humidité, de la chaleur et des cadavres ; à son retour en France, il rencontre à chaque pas, au milieu des populations effrayées, cette autre peste appelée typhus que la guerre traîne presque toujours après elle ; fruit meurtrier du froid, de la faim, de la fatigue et des peines de l'âme. En décembre, il s'arrête à Metz, où il songe aux moyens d'améliorer les ambulances. Il fait, dans douze villes de l'est et du nord, l'inspection des hôpitaux et des malades. Il rend compte au ministre de la guerre des maux qu'il a sous les yeux. A peine arrivé à Paris, il reçoit l'ordre de rejoindre l'armée pour la campagne de France, campagne d'une durée si courte, d'une fin si funeste, et qui, semblable à un orage violent et sombre, laissa percer mille et mille éclairs de ce génie guerrier qui, vaincu en Russie par les éléments, en Saxe par la trahison, ne pouvait l'être à nos portes que par le nombre ; car cette fois l'Europe fut, à la lettre, arrachée de ses fondements pour être précipitée sur nous. Cette campagne était la vingt-quatrième de Larrey. Comment le suivre dans les mouvements rapides et tumultueux des armées, je dirais presque dans ce lacis entrecroisé de combats et de batailles qui se livrent d'un jour à l'autre, dans des lieux et avec des fortunes si diverses, et qui, multipliant à l'infini les blessures, lui laissaient à peine le temps de les voir et d'y porter remède ! Cependant, jamais Larrey, jamais ses collègues ne soutinrent mieux l'honneur de la chirurgie militaire ; jamais Larrey n'eut à donner ses soins à de plus illustres victimes. Enfin le licenciement de la grande armée mit un terme à ses longues fatigues, et

lui permit de reprendre les fonctions élevées, mais paisibles, qui en avaient été la récompense.

Mais à l'empire détruit survivait l'esprit de l'empire. Larrey l'avait dans le cœur; ce cœur, rempli de gratitude, ne pouvait abjurer ses sentiments. Des regrets, des intérêts, des passions ourdirent l'entreprise des Cent-Jours; fatale entreprise qui se termina brusquement par une seconde abdication; avec cette différence que la première avait été glorieusement disputée par soixante-dix jours, par quatorze combats et cinq batailles; et qu'en dix jours, la seconde ne fut qu'une déchéance éclatante, terrible, et comme un coup de foudre mortel. Charles XII, après tant de triomphes, n'était plus qu'un artisan de malheurs. Enveloppé dans cette dernière infortune, Larrey, pris, blessé, dépouillé, chargé de liens, traîné d'un poste à l'autre par les ennemis, près d'être fusillé, reconnu par le chirurgien-major prussien qui lui met sur les yeux le bandeau fatal; Larrey, conduit devant le général Bulow, devant le maréchal Blücher, dont il avait autrefois sauvé le fils d'une mort presque inévitable, Larrey fut enfin mis en liberté, et, protégé par une escorte, il fut envoyé, malgré sa faiblesse, à Louvain, d'où il se rendit à Bruxelles, où, ses forces se rétablissant par degrés, il les employait à visiter les hôpitaux et les malades; assistant au pansement des blessés de toutes les nations, et retrouvant dans le nombre quelques-uns de ceux dont il avait pris soin sur le champ de bataille de Waterloo. Rappelé à Paris par le chef des trois puissances alliées, il eut hâte de s'y rendre, et, le 15 août 1815, il eut le bonheur de se trouver au sein de sa famille, de sa famille qui, pendant trois jours, avait pleuré sa mort.

Lorsque les Guelfes et les Gibelins remplissaient toute l'Italie de leurs sanglantes animosités, Grégoire X vint de Rome à Florence, et ses partisans triomphaient. Il les réunit avec leurs adversaires, et leur tint ce discours : « Avant d'être Guelfes, avant d'être » Gibelins, n'êtes-vous pas des hommes? et en » qualité d'hommes, n'êtes-vous pas des frè- » res? ne devez-vous pas vous secourir et vous » aimer? » Le langage de ce divin pape est celui de la médecine. Un médecin digne de ce nom, un chirurgien, ne voit dans les hommes que des êtres souffrants qu'il doit soulager. Il peut avoir dans le cœur des affections, mais il n'a pas de préférences, et quels que soient la couleur ou les sentiments de ses malades, ses devoirs sont les mêmes, et il les remplit avec la même tendresse et la même chaleur. Ne vous étonnez donc pas de voir Larrey ne refuser ses services à aucun des gouvernements qui se sont succédé. Son art le fait citoyen du monde et serviteur de tous les hommes. Honoré de toute l'Europe, il finit par l'être de la Restauration; il perdit, à la vérité, des fonctions dont un nouvel ordre dans le service rendit la suppression nécessaire. Il perdit également la dotation de la Légion-d'Honneur. Une pension, qu'il tenait de la juste libéralité de Napoléon, fut suspendue. Ces pertes, après toutes celles que la guerre avait coûtées à sa famille, Larrey les ressentait, avec raison peut-être, comme autant d'injustices. Il en était navré. Il songeait à quitter la France. Des patries lui étaient offertes en Russie, aux Etats-Unis, au Brésil. Mais il fit diversion à ses chagrins par le travail. Protégé d'ailleurs par sa renommée de savoir et d'humanité, aussi bien que par l'attachement que lui portait la garde royale, il conserva la place de chirurgien en chef du Gros-Caillou.

Bientôt une loi lui rendit la pension que lui avait méritée, après quatre grandes batailles, la grandeur de ses services. Cet acte solennel de justice, et le soin que prend l'auguste fondateur de votre Académie de l'attacher à vous dès l'origine, achèvent de rendre Larrey à lui-même. Son courage abattu se ranime. Il reprend le projet depuis longtemps formé d'écrire, comme Ambroise Paré, un grand traité de chirurgie. Son expérience ne lui suffit pas. Il veut consulter l'Angleterre. Il part avec son jeune fils; son fils, dont les talents feront refleurir la gloire de son nom. Ils parcourent cette heureuse, cette étonnante contrée; ils suivent la pratique des grands maîtres : ils étudient dans toute leur économie, et, pour ainsi dire, dans tous les détails de leur structure intérieure, les hôpitaux civils et militaires. Ils rapportent de là, pour la science et pour l'administration, des lumières toutes nouvelles. Puissent les peuples ne faire jamais l'un sur l'autre que ce genre de conquêtes, et n'échanger entre eux que des services et des idées de sagesse et de bonté! De retour à Paris, Larrey communique au ministère et à l'Académie des sciences les résultats de son voyage, et bientôt, sur le rapport de notre honorable confrère Duméril, cette illustre compagnie l'admet dans son sein; il y remplace l'éloquent professeur Pelletan. La révolution de Juillet éclate.

Je ne vous parle point des courses qu'il fit peu de temps après dans les Pays-Bas, dans une partie de l'Italie et dans le midi de la France, ni de ses remarques sur le danger de certains hôpitaux, ni de la réforme qu'il introduisit dans le traitement d'une ophthalmie dont il a peut-être méconnu l'origine et le caractère, marqué si nettement par M. Caffe, ni de celui qu'il proposait contre le choléra de l'Inde, maladie qu'il attribue à des nuées d'insectes imperceptibles, ne songeant pas que cette cruelle affection, née dans le delta du Gange, s'est propagée dans mille lieux divers, contre la direction des vents, ce que ne sauraient faire les insectes qu'il suppose.

Je m'arrête un moment, messieurs; jusqu'ici ma parole ne vous a montré dans Larrey que l'homme ou la personne. Nous l'avons suivi sur ses grands théâtres où sa gloire se confondait avec celle de nos armes, et où les plus fermes courages étaient égalés par le sien. Il serait temps de vous le présenter sous un autre jour, et de découvrir en lui le chirurgien. Mais, je l'avoue, cette seconde partie de

ma tâche a des difficultés qui m'effraient. J'ouvre les nombreux volumes que Larrey lègue à la postérité; je les ouvre, et j'en vois sortir comme une fourmilière de maladies, les unes exotiques, c'est-à-dire familières seulement à certaines contrées, les autres plus répandues, bizarres, étranges, singulières et presque exotiques par leur singularité même. Celles-ci communes à tous les lieux, à tous les hommes, à tous les animaux qui les servent; et finalement celles-là, non moins étranges, diversifiées à l'infini, et ne se montrant qu'avec les calamités de la guerre; toutes, du reste, réclamant des secours que la main seule peut donner et constituant ainsi le domaine de la chirurgie proprement dite; et de même que, dans une ville bien ordonnée, chaque classe de citoyens a une habitation distincte, de même, pour bien étudier ces maladies, il serait nécessaire de les ranger dans leurs quartiers, pour ainsi dire, en commençant par les maladies étrangères.

Là vous rencontreriez la peste, la lèpre, l'éléphantiase, l'ophthalmie pour l'Egypte; la colique de Madrid pour l'Espagne; la plique pour la Pologne. De ces six maladies, je ne rappellerai dans ce moment que la première et la dernière, la peste et la plique, l'une trop grave, l'autre trop singulière pour être passées sous silence. Larrey décrit la peste avec une partie de ses étonnantes variétés; il la déclare contagieuse et regarde l'opinion contraire comme une de ces calamités de l'esprit, plus redoutables que la peste même, car c'est par-là que la peste s'étend et se multiplie. Il la croit originaire de la Basse-Egypte et de la Syrie. La Syrie reçoit la peste et ne la produit pas. La Basse-Egypte, le Delta, voilà aujourd'hui le seul foyer permanent de peste qui soit au monde. Depuis neuf ans, Constantinople, que l'on accusait, n'a plus de peste. Elle s'en est délivrée, ainsi que Smyrne et l'île de Candie, par les quarantaines, et ces quarantaines si blâmées et si salutaires n'en sauraient préserver l'Egypte. L'amour de l'argent veut les abolir en Europe. L'amour de l'argent aurait mieux à faire. Qu'il abolisse la peste, qu'il la détruise; car la peste n'est point l'œuvre de la nature, comme la chaleur et l'humidité. La peste est l'œuvre de l'homme, et l'homme peut l'anéantir; il ne faut que changer l'Egypte. Pourquoi Montesquieu n'aurait-il pas raison?

Je passe à la plique de Pologne, je veux dire à cet étrange entrelacement, à ce feutrage inexplicable des cheveux et des poils qui prennent souvent une longueur démesurée, et qu'abreuve, que nourrit, que cimente un flux de lymphe coagulable et fétide. Ici, tout est problème, l'origine, la nature, les causes, le caractère et jusqu'à la réalité de la maladie. Pareille au sphinx de la fable, aigle, femme et lion tout ensemble, la plique, par les apparences qu'elle prend, par les vives douleurs, les convulsions, les palpitations, les étouffements qui l'annoncent et l'accompagnent, par les insectes qu'elle produit, et les bizarres instincts qu'elle inspire, la plique serait tout à la fois teigne, syphilis, arthritis, phthiriase, névrose, contracture; des maux si divers sont-ils donc uniquement l'effet de la malpropreté? La plique est-elle un vice plutôt qu'une maladie? Larrey semble le croire, d'autres l'ont affirmé. Mais quoi! l'enfant qui vient au monde avec la plique a-t-il été malpropre? Cette plique originelle fait assez voir que le mal est héréditaire. Ce triste héritage éclate plus tôt ou plus tard; tantôt après les longues souffrances que je viens d'énumérer, tantôt brusquement au milieu de la santé la plus florissante: à ce point que, de la tête la plus gracieuse et la plus belle, la plique fait en quelques heures une horrible tête de Méduse.

Dans le premier cas, l'explosion tranche les douleurs; dans le second, elle les prévient. Et non-seulement la plique est héréditaire, mais encore elle est contagieuse. Elle se transmet surtout par les vêtements, comme la gale, la variole, la peste, le choléra; on pense même qu'elle a été apportée en Pologne, il y a deux siècles, par les Tartares, qui l'avaient reçue de l'Inde; et l'Inde, d'où l'avait-elle? Obscurité désormais impénétrable. Mais il est en toute chose un point initial que nous n'atteindrons jamais. Une fois en Pologne, elle s'y est maintenue, comme se maintient en Europe une maladie tout à la fois héréditaire et contagieuse, la syphilis. La plique vient même d'envahir le duché de Posen et d'y faire des progrès rapides. A quels fléaux ne nous ouvre pas l'étonnante variété de nos organisations? Du reste, en Pologne, les animaux eux-mêmes, les chevaux, les chiens et jusqu'aux oiseaux de basse-cour, sont sujets à tous les caprices de la plique; et s'il est prouvé parmi nous que la morve passe du cheval à l'homme, faut-il s'étonner qu'en Pologne la plique passe de l'homme aux animaux? Deux choses également incompréhensibles, mais également réelles.

Plus j'avance dans ce discours, plus je sens les difficultés grandir. Me voilà devant ces immenses travaux qui ont rempli la vie de Larrey, et qui forment, je le répète, une masse si pleine et si solide que je ne sais comment l'entamer. Peut-être n'est-il pas une seule maladie chirurgicale que Larrey n'ait vue, étudiée, traitée; pas une seule qui ne lui ait suggéré quelques vues neuves et quelques procédés plus parfaits. Ici, l'intérêt de sa gloire me défend également de rien vous taire, et de tout vous dire. Comment présenter, en effet, ou comment dérober à votre admiration cette suite presque infinie de faits curieux, singuliers, étonnants, et ces inventions ingénieuses, et ces pratiques heureuses et hardies, qui font tout ensemble le charme et le prix de ses Mémoires? Etrange alternative! Larrey, dans cet éloge, semblerait s'appauvrir par sa propre richesse. Dans les langueurs de son génie, un poète invoque les Muses. Il est deux Muses que j'invoquerai à son exemple: votre indulgence et votre respect pour la mémoire de Larrey; elles m'applaudiront d'abréger mon travail, et de réserver pour nos Mémoires ces grandes leçons de chi-

rurgie que Larrey donnait à ses contemporains et qui feront vivre son nom dans la postérité. La postérité le bénira surtout d'avoir créé ses ambulances ; d'avoir tranché sans retour, entre Faure et Boucher, la question fondamentale touchant l'excellence de l'amputation primitive dans les grandes plaies par les armes à feu ; l'avoir tiré de l'oubli les appareils inamovibles, et d'avoir enseigné, par l'emploi du feu, que le comble de l'art serait de déplacer à souhait les principes des maladies, et de leur ouvrir à l'extérieur une issue qui en dissiperait les éléments.

Nous touchons, messieurs, au dernier acte de la vie de Larrey ; au dernier acte de ce grand drame illustré par tant de travaux utiles et d'actions glorieuses, et traversé par tant de fatigues et de péripéties. Plus que septuagénaire, son activité, loin de s'éteindre, semblait croître avec les années. On lui avait ôté une de ses fonctions, celle qu'il eût préférée à toutes les autres, il ne pouvait supporter le loisir qu'on lui avait fait. C'était comme une injure qu'il brûlait de laver par de nouveaux services. Que ne peut l'habitude et surtout l'habitude de faire le bien ! En 1841, il sollicite l'honneur d'inspecter les hôpitaux de l'Algérie. Il en reçoit en 1842 la mission officielle. Le 15 mai, il quitte Paris avec son fils, qu'il a pris pour secrétaire. Le 20 mai il est à Toulon, le 23 à Alger ; et du 24 mai au 1er juillet, c'est-à-dire en cinq semaines, il a visité toutes les villes du littoral, toutes les villes de l'intérieur et tous les hôpitaux, jusque dans les moindres détails. Son fils recueille sur les hommes et les choses, sur les abus à réprimer et les améliorations à faire, des notes qui font le texte d'un rapport au ministre. Parmi les zouaves de la Maison-Carrée, Larrey retrouve un ancien mamelouk de l'Egypte. Des deux parts, éclair de bonheur. A Bone, il pratique sur un Arabe l'amputation de l'avant-bras, que rendait nécessaire un poignet mutilé. C'est la dernière opération qu'il ait faite.

Ce rapide voyage ne fut pour lui qu'une suite de triomphes. A Alger, à Oran, à Philippeville, à Constantine, partout, comme en Ecosse, en Angleterre, en Italie, il reçoit les hommages de la chirurgie militaire et les empressements des autorités. J'ajoute que ce fut aussi pour lui une rapide succession de fatigues excessives et d'émotions profondes, qui ébranlèrent jusque dans ses fondements cette constitution jusque-là si vigoureuse et si ferme. Le 5 juillet, il repart pour la France, emportant avec lui le trait fatal. Un catarrhe, qui lui est habituel, s'irrite, s'élève et menace. Il débarque à Toulon ; on consulte ; on reconnaît une pneumonie grave. Des soins et du repos présagent la guérison ; mais il fallait attendre ; Larrey, impatient, brusque tout et part. A Avignon, le mal est plus grand. Sourd aux tendres supplications de son fils et aux vives prières de son ami Gouraud, Larrey n'y reste que trois jours, et, le 24, il arrive à Lyon dans un état désespéré d'épuisement et de faiblesse. Des médecins sont appelés : la mort avait déjà la main sur cette noble proie. Le 25, dans la matinée, une lettre de Paris apprend à son fils que sa mère n'existe plus, et le soir, à cinq heures, Larrey lui-même a cessé d'exister.

Ainsi disparut du monde cet homme intrépide, laborieux, vigilant, infatigable, qui ne respirait que pour être utile aux hommes : cœur généreux, cœur ouvert, qui se donnait tout entier aux malheureux, sans autre intérêt que le bonheur d'exercer son inépuisable pitié. Plein de tendresse pour les siens, et par ce mot j'entends non-seulement les malades et les blessés que lui donnait la guerre, et qu'il traitait avec tant de sollicitude, mais encore ses propres auxiliaires, comme s'il eût formé pour lui-même une famille toujours nouvelle et toujours aussi chère : s'oubliant sans cesse pour eux, comme M. Gasc, comme plusieurs d'entre vous, MM. Bégin, Emery, Therrin, Gaulthier de Claubry, Poirson, Lagneau, et M. Ferrus lui-même, en ont été si souvent les heureux témoins ; n'ayant de douleurs que leurs douleurs, et n'en éprouvant pour lui-même jusqu'au transport que lorsqu'il les supposait privés des moindres secours ; et qui, enfin, enveloppé dans ces évènements pleins de gloire qui seront l'éternel étonnement de la postérité, y a tenu sa place avec dignité, et a été grand parmi les grands. Larrey était membre de l'Institut de France comme il l'avait été de l'Institut d'Egypte. Il appartenait à toutes les grandes Académies d'Europe et d'Amérique. Il appartenait à la vôtre, messieurs, et lorsque cette Académie était divisée en trois sections, il n'a presque pas été une séance de la section de chirurgie où Larrey n'ait mis sous vos yeux quelques beaux résultats de ses études et de ses opérations. De combien de pièces importantes n'a-t-il pas enrichi les musées d'anatomie pathologique ? Il serait superflu de rapporter ici tous ses titres ; mais il en est un que je ne puis passer sous silence : c'est celui d'honnête homme, c'est celui d'homme vertueux, dont l'a décoré le testament de Napoléon. Quel éloge ! et dans quelle bouche ! Ce titre n'est-il pas supérieur à toutes les dignités ? On dirait qu'honorer la vertu dans la personne de Larrey a été la dernière pensée de l'Empereur. Honorer la vertu ! Pensée digne d'un prince qui connaît tout le vrai fond des choses humaines. C'est qu'en effet, rien n'est plus nécessaire aux hommes que la vertu. C'est par la vertu que les sociétés subsistent. Otez du milieu des hommes la vertu, la probité, la foi réciproque, cette foi qu'adoraient les Romains, il n'est plus rien de noble, il n'est plus rien d'assuré dans les affaires de ce monde, et le genre humain lui-même s'anéantit. Il est un autre mot de l'empereur qu'a rappelé Breschet, et que je dois rappeler : « Si jamais l'armée élève un monu-» ment à la reconnaissance, c'est à Larrey » qu'elle doit le consacrer. » Le monument s'achève, et il va paraître sous les auspices de l'armée et de la France ; il sera digne de Larrey : il sort du ciseau, ou plutôt du génie de David.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 3. — MARS 1846.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique chirurgicale.

Note sur les accidents qui suivent la piqûre des nerfs; par M. Aug. Bérard, professeur de clinique chirurgicale et chirurgien de la Pitié.

Les plaies par piqûre sont celles qui atteignent le plus souvent les cordons nerveux.

Au moment où le nerf est piqué, l'individu éprouve une douleur extrêmement vive qui se fait sentir dans le lieu blessé et qui s'irradie dans les divisions du nerf jusque dans les parties où il se termine. Quelquefois la douleur remonte vers l'origine du cordon nerveux. Après avoir persisté pendant quelques jours et avoir rendu les mouvements difficiles ou impossibles, la souffrance se calme peu à peu, et elle finit ordinairement par disparaître complètement. Dans d'autres cas, des accidents plus ou moins graves peuvent être la conséquence de ce genre de blessure. Nous ne parlerons pas des observations de Bocquillon, dont nous avons fait la critique en traitant de la saignée de la veine jugulaire (t. I, p. 134, dans le *Compendium de chirurgie*); mais nous citerons celles qui ont été recueillies par Sabatier (*Méd. opérat.*, t. II, p. 162, édit. de 1822), par Wilson de Grantham (Jos. Swan., *A dissert. on the treat. of morbid local affection of nerves*, London, 1820), par Verpinet (*Journal de méd., chir. et pharmac.*, an XIII, t. 10, p. 308), observations qui montrent à quels dangers sont exposés ceux qui sont atteints de piqûres des nerfs.

Tantôt des douleurs atroces, des mouvements convulsifs et le tétanos ont entraîné la perte des malades.

Tantôt il arrive des contractions spasmodiques qui reviennent par crises, accompagnées de souffrances plus ou moins vives. Ces contractions restent ordinairement bornées à la partie dans laquelle se distribue le nerf blessé. D'autres fois elles s'étendent à tout le corps. Si c'est aux membres inférieurs, les malades ne peuvent supporter ni la marche ni le mouvement de la voiture.

Tantôt enfin une névralgie opiniâtre est la conséquence de ce genre de blessure. Il peut s'écouler un temps assez long entre l'apparition de ces accidents et l'époque où le nerf a été piqué. Nous avons pu observer sur nous-même un exemple de névralgie occasionnée par la piqûre du nerf frontal. A l'époque où nous étions interne dans les hôpitaux de Paris, notre chef de service, physiologiste célèbre, désirait connaître le résultat de la galvanisation du nerf ophthalmique. Nous nous empressâmes de nous offrir pour sujet d'expérience. Une aiguille fut enfoncée dans la branche externe du nerf ophthalmique de Willis, à sa sortie du trou sus-orbitaire, et un courant électrique fut dirigé à travers les divisions de ce nerf. Nous ressentîmes à l'instant même des douleurs extrêmement vives dans le front et dans le sommet du crâne. Ces douleurs cessèrent dès que l'aiguille fut retirée; mais, quelques mois après, nous avons ressenti une première attaque de névralgie frontale dans les divisions du nerf qui avait été piqué. La douleur avait le type intermittent quotidien; elle céda à l'usage du sulfate de quinine. Depuis cette époque, nous avons éprouvé, toujours dans les divisions du même nerf, à plusieurs années d'intervalle, d'autres attaques dont quelques-unes ont présenté une violence excessive, une longue durée, et se sont étendues aux deux autres branches du nerf ophthalmique, c'est-à-dire dans les filets du nasal et du lacrymal.

Dans l'observation de M. Verpinet, on voit une jeune personne qui reçoit un coup de canif à l'avant-bras, au-dessus du poignet; il en résulte une vive douleur qui se fait sentir dans l'avant-bras, le poignet et les doigts; il s'y joignit bientôt des mouvements spasmodiques, tandis que les mouvements volontaires des doigts étaient ou incomplets ou impossibles. Plus tard, le spasme devint général, la jeune personne tomba dans le dépérissement, et elle menait depuis deux ans une existence misérable, lorsque Petit, de Lyon, parvint à la guérir en cautérisant la cicatrice à plusieurs reprises avec le cautère actuel.

Nous avons soigné pendant longtemps et sans aucun succès une femme atteinte d'accidents semblables à ceux dont a parlé M. Verpinet. La cause en était due à une blessure faite par un morceau de verre qui avait pénétré au-dessus de l'articulation du poignet et probablement atteint le nerf médian.

Nous avons actuellement dans notre service, à l'hôpital de la Pitié, une femme qui a été saignée au pli du bras vers le mois de mai de cette année. Nous allons en fournir l'observation détaillée.

Diagnostic.—On ne peut guère confondre les effets qui résultent de la piqûre d'un nerf avec aucune autre maladie. La circonstance d'une plaie qui répond à un nerf, les douleurs qui se propagent le long des filets nerveux, les tremblements et mouvements convulsifs qui résistent aux moyens ordinaires, ne laissent guère de doutes sur la nature de l'affection.

Pronostic.—La piqûre d'un nerf est, en général, un accident exempt de gravité. La douleur qu'elle produit cesse d'ordinaire au bout de quelques heures, de quelques jours au plus. Mais le mal devient très grave lorsque le spasme, les mouvements convulsifs, les douleurs névralgiques se prolongent. Les malades peuvent être alors tourmentés sans relâche et pendant plusieurs années par des souffrances qui portent le trouble dans l'économie tout entière. Heureusement ces accidents n'ont été observés qu'un petit nombre de fois.

Traitement.—Lorsque la blessure est récente, on doit employer le repos, les antiphlogistiques et les opiacés ; c'est encore à ces derniers médicaments qu'il faut recourir quand la maladie se prolonge. On fera des onctions sur le trajet du nerf avec un liniment d'huile d'amandes douces, de laudanum et d'huile de jusquiame; on baignera la partie dans la décoction de pavot et de belladone; on appliquera la morphine par la méthode endermique, etc.

Mais le plus souvent le mal résiste à ces moyens. Il ne reste d'autre ressource que de détruire le nerf affecté; pour cela on peut recourir soit à la cautérisation, soit à l'incision. La première de ces méthodes est plus douloureuse, elle laisse des cicatrices plus apparentes ; mais elle atteint plus sûrement le nerf et elle le détruit dans une plus grande étendue. On peut appliquer le cautère rougi à blanc ou le caustique de Vienne. Si rien ne s'oppose à ce qu'on agisse sur la plaie même, c'est dans le point où le nerf a été blessé qu'on doit mettre le caustique. Dans le cas contraire, on se rapproche de l'origine du nerf. Il est rare qu'une seule cautérisation suffise. Dans l'observation de M. Verpinet, il a fallu la répéter à trois reprises différentes.

Quand on emploie l'instrument tranchant, on fait entre la plaie et les centres nerveux, à deux ou trois centimètres de la blessure, une incision transversale qui doit s'étendre en profondeur jusqu'au nerf inclusivement. Peut-être atteindrait-on également le but si on procédait par la méthode sous-cutanée. Mais alors les deux bouts du nerf resteraient en contact, et ils pourraient en se cicatrisant trop vite rétablir la maladie.

Dans les cas peu nombreux où l'on a eu recours à une opération, les individus ont été guéris radicalement et le succès a été immédiat; c'est-à-dire qu'à peine le nerf divisé les souffrances ont disparu et les fonctions se sont de suite rétablies.

Anatomie pathologique. — Les plaies par piqûre déterminent dans le tissu du nerf une tuméfaction circonscrite avec effusion de sang dans le tissu cellulaire intermédiaire aux filets nerveux et dans leur enveloppe névrilématique. Quand les phénomènes de l'inflammation aiguë sont dissipés, et que la résorption des liquides épanchés est effectuée, il reste, soit dans toute l'épaisseur du cordon nerveux, soit dans un point de sa circonférence seulement, si la piqûre a été très circonscrite, un renflement dur, opaque, de consistance fibreuse et qui est uniquement formé par l'épaississement du tissu cellulo-fibreux du nerf. Tel est le résultat des expériences faites par Wolff et par Béclard et Descot. En est-il de même sur l'homme que sur les animaux? Nous avons inutilement recherché. C'est donc sur le trajet des nerfs blessés que nous avons eu l'occasion d'examiner. Mais, quand cette tuméfaction existe, elle peut fournir une indication utile dans les cas où les accidents qui résultent de ce genre de blessure ont résisté aux moyens curatifs les plus rationnels et où il faut en venir à la section du nerf blessé ou à sa cautérisation.

Obs. — *Névralgie traumatique, suite de la phlébotomie; traitement par la cautérisation du nerf. Observation recueillie* par M. Rieux, élève du service.—Le 14 novembre 1845 est entrée à la Pitié, salle Saint-Jean, n° 1, la nommée Pariset (Louise-Virginie), quarante-un ans, blanchisseuse, demeurant rue Gît-le-Cœur, née à Paris.

Commémoratifs. — Ses parents n'ont jamais eu d'affections graves. A l'âge de dix mois, elle est tombée dans le feu et a eu le visage brûlé. L'œil gauche, qui a porté sur une pointe de bois, a été vidé complètement et s'est atrophié.

Elle n'a pas été vaccinée ; mais à dix ans elle a eu une petite vérole discrète. Menstruation régulière depuis l'âge de douze ans. A dix-huit ans, elle s'est mariée et a donné naissance à quatre enfants bien portants.

En 1843, au mois d'avril, elle a reçu des coups de son mari, à l'époque menstruelle ; il y eut suppression de l'écoulement, et, depuis lors, il ne s'est plus montré ; mais à chaque mois, à l'approche des règles, elle a éprouvé de la céphalalgie, quelques coliques, des nausées et parfois des vomissements. La santé, du reste, a été généralement bonne. Pas de douleurs rhumatismales.

Nourriture assez abondante, mais peu saine ; logement au rez-de-chaussée, mais bien sec.

En 1840, en portant des charges très fortes, elle ressentit une douleur dans le côté. On lui appliqua, à la Pitié, dans le service de M. Clément, vingt-cinq ventouses scarifiées, *loco dolenti* ; mais huit jours après, ne se sentant pas guérie, elle demanda sa sortie et se posa chez elle, de son chef, trente sangsues à la place des ventouses. Depuis lors, dit-elle, le point de côté a disparu.

En 1845, le 19 mai, après plusieurs nuits de travail près d'une fenêtre, elle a pris froid. Elle est restée couchée pendant quatre jours, sans nourriture, sans travail et sans traitement. Le quatrième jour, faiblesse générale, parole difficile, extinction de voix, Frissons généraux, fréquents.

Le 23, elle entre dans la salle du Rosaire, n° 4, service de M. Serres. On a, dit-elle, constaté une fluction de poitrine pour laquelle on a ordonné une saignée de 250 gr., un julep gommeux et de la tisane de violettes avec sirop de gomme.

La saignée est pratiquée le 24 au matin sur le bras gauche. Le soir, respiration difficile ; seconde saignée pratiquée par l'interne sur la veine médiane basilique du bras droit ; mais, à peine la lancette eut-elle pénétré, que la malade ressentit à l'endroit lésé une douleur extrêmement vive, qu'elle compare à la sensation qu'elle éprouverait si on lui piquait le bras depuis sa partie inférieure et interne jusqu'au pouce avec un millier d'épingles. Les objets qu'on lui présenta ne purent être saisis, et le porte-lancette qu'elle roulait dans ses doigts pour favoriser l'écoulement du sang s'échappa de sa main. Le sang néanmoins coula avec force et abondance. La saignée terminée, on a simplement mis sur la petite plaie une compresse carrée trempée dans l'eau fraîche, et modérément serrée par deux ou trois tours de bande.

Le lendemain matin, elle s'est plainte à M. Serres que son bras était trop serré, qu'il était engourdi et qu'elle n'en pouvait faire le moindre usage. On examina le bras et l'avant-bras avec beaucoup de soin, et on aurait, dit-elle, noté un peu de gonflement et la lésion probable d'un nerf. Bain de bras ; cataplasme.

Le 27, la plaie faite par la lancette se ferma. La maladie interne diminua progressivement, et au bout de quelques jours on suspendit complètement le traitement. Elle resta donc à l'hôpital pour l'engourdissement du bras, de l'avant-bras et de la main. Elle prit chaque jour des bains de bras et des douches de vapeur ; cataplasmes.

Le 25 juin, ne voyant survenir aucun changement dans sa position, ne pouvant se servir de son bras, elle sortit de l'hôpital. Arrivée chez elle, elle continua pendant une quinzaine de jours l'application du cataplasme, puis elle le suspendit. Ne sentant plus beaucoup de douleurs, elle essaya alors de reprendre son état de blanchisseuse ; mais, comme il lui était impossible de serrer fortement la main, elle laissa tomber dans l'eau son savon, son battoir et son linge. Elle fut donc forcée de renoncer à l'usage du bras droit. Pendant six mois, elle resta chez elle dans cet état, calmant par des cataplasmes les douleurs qu'elle éprouvait de temps à autre.

Le 14 novembre, voulant tenter un nouveau traitement, elle se décide à entrer dans le service de M. A. Bérard, salle Saint-Jean, n° 1. Voici ce que nous avons observé :

Etat actuel. — Tempérament bilioso-sanguin. Intelligence médiocre. Mémoire assez bonne. Cheveux châtains ; yeux gris cendré. L'œil gauche est atrophié et ne présente que la cornée opaque. On remarque çà et là sur la figure des cicatrices provenant d'une brûlure de date ancienne. La peau offre une teinte ictérique générale. Maigreur assez notable. Visage empreint de souffrance.

Le bras droit est légèrement fléchi. Rien de particulier dans son volume, ni dans sa couleur. Il est engourdi, et ne peut exécuter aucun mouvement sans occasionner de la douleur. Aussi la malade a-t-elle soin de le soutenir avec la main gauche. Le long du bras, il existe une douleur sourde permanente, mais par intervalles une douleur plus vive se fait sentir. Elle a son point de départ au pli du coude à l'endroit de la saignée. De là elle s'étend vers le bras jusqu'à l'épaule. Son intensité est médiocre. Elle descend, beaucoup plus énergique, vers l'avant-bras, à son côté externe et vers le pouce et les premiers doigts. Le bras et l'avant-bras sont frappés d'impuissance, la main surtout peut à peine se fermer ; cependant elle porte encore, sans les laisser tomber, quelques objets tels qu'une fourchette, un couteau.

Le 25 novembre, après avoir parfaitement constaté la nature et le siége de l'affection, M. le professeur A. Bérard fit appliquer, sur le pli du bras, un vésicatoire de la grandeur de deux pièces de cinq francs ; puis fit faire des frictions sur l'avant-bras avec un liniment huileux laudanisé. Pas d'amélioration. Mêmes douleurs.

Le 2 décembre, suspension du vésicatoire et des frictions. On les remplace pendant une dizaine de jours par des bains de bras dans l'eau de guimauve. Pas de changement.

Le 15 décembre, M. Bérard emploie un moyen d'une plus grande efficacité. Il fait, avec le caustique de Vienne, une pâte consistante, du volume d'une olive, qu'il applique obliquement de dedans en dehors, et de haut en bas, de façon à traverser le trajet des filets superficiels du nerf musculo-cutané au pli du bras.

Après deux minutes d'une application assez difficile en raison des mouvements de la malade, on a enlevé la pâte avec une spatule, et la partie subjacente a été frappée de mort dans une assez grande profondeur.

Au bout de quelques jours, l'eschare a été détachée et comprenait la peau et les couches celluleuses superficielles. Pansement avec linge cératé et cataplasme. Gonflement du bras ; les douleurs lancinantes ont été étouffées et remplacées pendant quelque temps par celles produites par le caustique.

Les mouvements ne sont ni plus faciles ni plus étendus.

Le 12 janvier, M. Bérard a recours à une nouvelle cautérisation. Il place dans la plaie encore ouverte un morceau de chlorure de zinc qu'on laisse séjourner ; pendant quarante heures, la malade a beaucoup souffert, et a troublé par ses lamentations le repos de la salle. Cérat opiacé sur la plaie, charpie et cataplasme laudanisé. Une pilule calmante le matin et deux autres le soir. Le lendemain, amélioration des symptômes nerveux. Le sixième jour, l'eschare est tombée. Les parties molles sont désor-

ganisées à une grande profondeur ; on pense que le nerf blessé a été atteint. Le fond de la plaie est très sensible.

Après quelques jours de moyens calmants et de repos on peut s'assurer que les douleurs de la névralgie traumatique ont disparu. Seulement, comme les suites de la cautérisation ont été très douloureuses, on ne sait si la névralgie a cessé tout-à-coup, au moment où le caustique a atteint le nerf blessé, la malade n'ayant pu faire la différence entre l'une et l'autre espèce de souffrance. Peu à peu l'usage du membre est devenu plus facile. Mais comme il était resté dans l'inaction pendant plusieurs mois, les mouvements ne s'accomplissent qu'avec difficulté. Pour dissiper la raideur des articulations et rendre aux parties molles leur souplesse, la malade est soumise à l'emploi des bains et des douches d'eau alcaline sur les parties affectées et aux frictions avec le cérat camphré. Sous l'influence de ce traitement le membre acquiert chaque jour plus de force et d'agilité ; quant à la névralgie, les accès en ont complètement disparu et la souffrance habituelle est remplacée par une sensation d'engourdissement qui répond aux parties dans lesquelles se faisait sentir la douleur. A. Bérard.

II. Clinique médicale.

Fièvres rémittentes de forme typhoïde.

Les pathologistes de l'école de Paris ont nié l'existence des fièvres rémittentes sous la latitude de cette ville. Il s'y présente cependant de temps en temps des cas que l'on range parmi ceux de fièvre typhoïde quoiqu'ils présentent les symptômes assignés aux rémittentes et aux sub-continues des pays chauds, et, ce qui est le plus caractéristique, quoiqu'ils cèdent assez rapidement au sulfate de quinine. Est-ce l'effet de la constitution épidémique de ces dernières années, ainsi que l'assure un praticien distingué de Paris (1), ou bien l'attention est-elle actuellement dirigée dans un sens moins exclusif qu'auparavant? Peut-être y a-t-il un peu de l'un et de l'autre. Quoi qu'il en soit, divers cas de fièvres rémittentes ont été dernièrement signalés dans les services de MM. Fouquier et Rayer. Dans le courant du mois de septembre dernier, nous vîmes, dans le service de ce dernier, un homme atteint de fièvre avec des exacerbations qui donnèrent lieu de penser qu'on avait plutôt affaire à une fièvre sub-continue qu'à une vraie fièvre continue ou typhoïde. La maladie fut attaquée par le sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour. Les symptômes ne parurent pas sensiblement modifiés en bien ni en mal ; le malade sortit guéri au bout de trois semaines. La nature de la fièvre dans ce cas est restée douteuse. Mais il n'en a pas été de même de quelques autres que M. Rayer a eus à traiter dans le courant de l'année dernière.

(1) M. le docteur Colas, dans un livre intitulé : *Règne épidémique de* 1842, 1843, 1844 *et* 1845.

Deux symptômes suffisent, d'après M. Rayer pour caractériser la fièvre rémittente : l'un est la forme rémittente proprement dite ; l'autre est l'engorgement de la rate. M. Rayer ne manque jamais d'examiner le volume de la rate chez les individus suspects de fièvre, quel qu'en soit le type, et il se plaît souvent à rendre à M. Piorry toute la justice qui lui est due pour l'introduction dans la séméiologie de ce nouveau genre d'investigation. C'est en suivant cette méthode exploratrice que le médecin de la Charité s'est trouvé en mesure de diagnostiquer le type rémittent et de mener à prompte guérison des fièvres qui, sans le sulfate de quinine, eussent eu peut-être une terminaison fâcheuse. Des quatre ou cinq malades que M. Rayer a eus à traiter de la fièvre rémittente en 1845, un seul a succombé. L'autopsie n'a pu malheureusement en être faite. Voici deux des cas dans lesquels le sulfate de quinine a eu un succès rapide et complet :

Obs. — Un homme de 40 ans environ, de forte constitution, arriva dans les premiers jours de décembre 1845 avec tous les symptômes caractéristiques d'une fièvre typhoïde ordinaire : éruption papuleuse au tronc, stupeur, abattement, épistaxis, ballonnement du ventre, diarrhée, peau sèche et chaude, pouls fréquent. M. Rayer fut frappé, toutefois, d'une espèce de rémission passagère qu'il crut remarquer dans l'appareil fébrile. Il examina la rate et constata une matité plus profonde et plus étendue qu'à l'état normal ; cet organe dépassait de dix à douze centimètres le rebord des dernières fausses côtes. Deux caractères prédominants indiquaient l'existence d'une fièvre continue, la rémittence de l'état fébrile, quoiqu'il n'y eût pas d'accès formel, et le gonflement de la rate. A ces signes s'en joignait un troisième qui, par lui-même, n'eût pu avoir une très grande valeur, mais qui, réuni avec les deux autres, méritait d'être pris en considération : c'était le peu d'intensité des phénomènes abdominaux ; car la diarrhée était légère. M. Rayer prescrivit donc le sulfate de quinine en poudre à la dose d'un gramme et de la limonade sulfurique. Au bout de trois jours, la fièvre et les divers symptômes typhoïdes que nous avons signalés avaient disparu et le malade demandait à manger. Cependant, comme la rate restait volumineuse, on a continué huit jours encore l'administration du sel de quinine, en en diminuant graduellement la dose. Au neuvième jour la rate avait beaucoup diminué de volume et le malade se portait d'ailleurs très bien.

Quelques jours après la guérison de ce malade, il s'est présenté un nouveau cas de fièvre rémittente avec éruption typhoïde et engorgement de la rate, chez une jeune femme de bonne constitution. L'ensemble des symptômes pouvait faire supposer une fièvre typhoïde de gravité moyenne et à sa première période. Mais le développement anormal de la rate fut pour M. Rayer la source d'indications

particulières. En conséquence, il prescrivit 60 centigr. de sulfate de quinine et des ventouses scarifiées à la région splénique. Le lendemain la malade se trouvait déjà mieux et avait pu dormir la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs jours. Le troisième jour tous les symptômes fébriles et typhoïdes étaient complètement dissipés. On a continué quelques jours encore le sulfate de quinine et les limonades rafraîchissantes pour consolider la guérison.

Ces deux cas nous paraissent mériter de fixer l'attention des praticiens sur l'importance de l'exploration de la rate. Les faits de ce genre peuvent sans doute être considérés comme rares dans le nord de la France ; mais peut-être le deviendront-ils de moins en moins à mesure que l'examen plessimétrique se dirigera davantage dans cette voie ; c'est au moins ce qui nous paraîtrait résulter des dernières recherches de M. Rayer. Car depuis ces deux cas de fièvre rémittente il s'en est encore présenté de nouveaux dans son service.

Engorgement farcineux au genou.

Un cas de ce genre s'est présenté dans le courant de janvier dernier dans le service de M. Rayer. Il a présenté des difficultés, nous dirions presque des impossibilités de diagnostic tellés qu'il mérite à ce titre d'être signalé, ne fût-ce que pour tenir l'attention des praticiens en éveil sur des faits de ce genre qui ne sont peut-être pas très rares.

Obs. — Un homme de 26 ans, ouvrier au clos d'équarrissage, d'un tempérament lymphatico-sanguin et assez fortement constitué, est entré le 10 janvier dernier à la Charité, salle Saint-Michel, n° 7, pour une tuméfaction du genou et de la jambe gauche offrant quelques-uns des caractères du phlegmon diffus à son début. Cet homme rapporte que le 3 janvier dernier il avait été pris, sans cause connue, d'une douleur dans le genou gauche d'abord, puis ensuite dans la jambe.

Cinq ans auparavant il avait eu dans l'aine du même côté des chancres et un bubon qui s'était abcédé spontanément et pour lequel il n'avait fait aucun traitement interne. Il y a trois mois, à la suite d'un coït impur, il a vu se manifester au pli fémoro-scrotal un suintement de sérosité purulente. Il s'est borné à y faire, avec de l'eau blanche, des lotions qui n'ont eu aucun résultat.

Le malade n'a fait aucun traitement pour arrêter le développement des nouvelles lésions qui se sont montrées depuis le 3 janvier. A son entrée, il offre au genou gauche une tuméfaction avec fluctuation légère, sans rougeur aux téguments. La jambe, à sa partie supérieure, est gonflée ; on y sent de l'empâtement. Comme au début d'un phlegmon diffus, la peau est un peu rouge au côté externe; la pression est douloureuse. La peau, au pli fémoro-scrotal gauche, est privée de son épiderme et sécrète de la sérosité purulente fétide. Appareil fébrile général. M. Rayer prescrit 25 sangsues au haut de la jambe, un cataplasme et de la limonade pour boisson.

Le 12, le gonflement des parties a augmenté. 25 nouvelles sangsues. Le 13, il s'établit de la diarrhée. Le 14, la tuméfaction des parties a encore augmenté; l'articulation du genou est le siége d'un épanchement considérable. Commencement de stupeur. Les 15, 16, 17, 18 et 19, la diarrhée va en s'aggravant ; tout le membre s'œdématie ; le pouls offre 100 pulsations ; le malade est dans un état continuel d'abattement. Vésicatoire à la cuisse, à la dernière de ces dates.

Le 20, le malade, constamment couché sur le côté gauche, commence à s'écorcher à la malléole ; les ganglions de l'aine s'engorgent. Vingt sangsues au-dessous du genou. Le 21, la rougeur causée par le décubitus se manifeste au-dessous du genou. On sent de la fluctuation en ce point. Le 22, l'épiderme est soulevé par de petits amas de pus, dont l'un s'est crevé et donne issue, lorsqu'on le presse, à de la sérosité purulente très ténue.

M. Rayer fait appeler M. Velpeau qui pratique en cet endroit une légère incision qui fournit un pus d'assez bon aspect. Il n'est pas d'avis de pratiquer d'autre incision, quoiqu'il y ait de l'empâtement dans toute la jambe et un commencement de fluctuation profonde. Il conseille d'avoir recours à un vésicatoire au mollet, ce qui est prescrit. Cataplasme au genou.

Le 23, les téguments autour de l'incision présentent une teinte livide ; on y remarque des petites bulles de pus. L'épanchement articulaire a encore augmenté. On prescrit du vin de Bagnols pour soutenir les forces du malade.

Le 24, peau luisante et tendue aux environs de l'incision ; prostration très grande ; langue sèche : pouls filiforme. Vésicatoire au genou ; vin de Bagnols ; limonade.

Le 25, manifestation des symptômes farcineux ; éruption de petites élevures vésiculeuses à la clavicule gauche. Ce phénomène a commencé à se montrer dès hier soir. Au-dessus de la clavicule, vers son extrémité interne, on voit dans l'espace d'un pouce environ de petites élevures confluentes, remplies de pus, entourées d'une auréole rouge. En dehors se montrent quelques bulles isolées, renfermant une sérosité purulente. Sur divers points de la jambe et de la cuisse droite, on a observé de petites papules roses de la grosseur de la tête d'une épingle. On en trouve aussi deux ou trois à chaque avant-bras. En avant et au-dessus de chaque aisselle, il s'est développé un amas de bulles contenant du pus.

L'œdème du membre pelvien gauche a encore augmenté, surtout à la région dorsale du pied. La diarrhée, qui avait cessé depuis quelques jours, est revenue. Symptômes typhoïdes ; langue sèche, brunâtre ; dents fuligineuses ; stupeur, soif vive, ouïe dure, pouls filiforme. On prescrit du vin de Bagnols, de la limonade et une potion éthérée.

Le soir, il se développe de nouveaux boutons farcineux, particulièrement à la face.

Le 26, mort à trois heures du matin.

Antopsie. Rigidité cadavérique notable. Les téguments sont pâles ; les boutons aussi ont pâli.

Le groupe de petites élevures que nous avons signalé à l'extrémité interne de la clavicule gauche et un peu au-dessus, ce petit groupe, formant une apparence de soulèvement unique, offre au-dessous de l'épiderme une couche plastique concrète, blanchâtre, de trois millimètres d'épaisseur ; le derme est injecté en dessous. La même matière plastique s'observe dans d'autres élevures ; dans quelques-unes, cependant, on trouve de la matière crémeuse, blanchâtre, et au-dessous le derme injecté, mais sain d'ailleurs.

Dans l'épaisseur du muscle jambier postérieur, on trouve un petit foyer d'un pouce de diamètre environ, contenant du pus bien lié. Les autres parties du membre sont épaissies, infiltrées de sérosité et parsemées par places de petits dépôts du volume et de la forme d'un pois. Au lieu de pus bien lié, ces dépôts renferment un pus crémeux et blanchâtre. L'articulation du genou contient un demi-verre environ d'une sérosité citrine, filante, mêlée de grumeaux ressemblant à des crachats opaques. Les surfaces articulaires sont d'ailleurs saines.

Les vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques ne renferment aucunes traces de pus.

On trouve des ganglions engorgés dans les deux régions inguinales ; leur parenchyme est plus foncé dans l'aîne gauche que dans la droite ; le parenchyme de ces ganglions est hypertrophié, injecté, et offre une substance blanche, concrète et très dure.

Dans chacune des fosses nasales on rencontre des boutons blanchâtres, durs, offrant l'apparence de pustules, mais ne contenant qu'une substance plastique. Ces boutons sont entourés d'une auréole d'un rouge vif.

On ne trouve aucune ulcération dans la cavité buccale, à l'exception d'un petit point de l'épiglotte qui paraît comme ulcéré et est entouré d'un cercle rouge.

Le poumon gauche est criblé de dépôts d'une dimension variable ; la plupart, cependant, du volume d'une noisette et renfermant une substance blanche concrète, analogue à celle rencontrée dans les ganglions inguinaux. Le poumon droit offre aussi de pareils dépôts, mais en moindre nombre. La plèvre présente un peu de sérosité des deux côtés.

Le cœur est sain, le foie également.

La muqueuse de l'œsophage et celle de l'estomac sont ramollies. L'intestin grêle, vers sa terminaison, offre une foule de granulations blanchâtres du volume d'une tête d'épingle. Les ganglions mésentériques sont engorgés ; reins décolorés.

Rien dans le cerveau, si ce n'est une injection rouge des vaisseaux de la pie-mère.

Diabète sucré.— Les deux femmes atteintes de cette affection, dont nous avons donné les observations dans la revue clinique du mois dernier, sont toujours en voie de traitement. Celle qui fait le sujet de la première observation, et qui est couchée au n° 6 de la salle Sainte-Marthe (service de M. Andral), prend du bicarbonate de soude depuis un mois, à la dose de 8 grammes par jour, en deux prises. Du 24 janvier, jour où nous l'avons quittée, jusque dans les premiers jours de février, elle a continué à avoir des sueurs abondantes ; elles ont ensuite cessé. A cette époque, on a constaté une nouvelle diminution du sucre dans les urines. Vers le 8 ou le 9, cette femme a eu une légère angine, qui s'est dissipée en quelques jours et n'a pas paru avoir d'influence sur la maladie principale. Actuellement la malade prend son bicarbonate de soude et continue de suivre avec résignation, en apparence du moins, le régime animal exclusif dont nous avons déjà parlé. Lorsqu'on l'interroge, elle répond constamment qu'elle se trouve très bien, que ses forces reviennent. Son facies n'est pas mauvais, quoiqu'elle soit amaigrie. Mais au fond le mal n'en persiste pas moins. L'urine, soumise presque tous les jours aux réactifs, fournit constamment la preuve de l'existence du sucre à une dose peu élevée, mais qui suffit pour témoigner de l'impuissance de la chimie pour le traitement du diabète sucré. La malade, qui commence à s'apercevoir de ce défaut de résultat, sent son moral s'ébranler et a déjà témoigné l'intention de quitter l'hôpital.

C'est ici le lieu de parler du moyen employé dans le service de M. Andral pour constater la présence du sucre dans l'urine. On verse un peu de cette dernière dans un tube de verre, on y ajoute un peu de solution de sulfate de cuivre, et on fait bouillir le tout à l'alcool. L'urine normale est sans action sur le sel et la liqueur conserve la belle couleur bleue que celui-ci lui a communiquée. Mais, lorsqu'il existe du sucre, ce dernier décompose le sulfate de cuivre ; dès que l'ébullition commence, le mélange passe au vert d'abord, puis au fauve, d'autant plus foncé que la proportion de sucre est plus considérable. C'est par le degré de coloration qu'on juge approximativement de cette dernière. En place de sulfate de cuivre, on peut aussi se servir de potasse liquide, et le mélange se colore également d'autant plus qu'il contient plus de sucre depuis le jaune jusqu'au brun plus ou moins foncé. — Ce procédé d'analyse est très simple, très expéditif et peut suffire dans la pratique.

Nous avons aussi parlé, dans le dernier numéro, d'une autre malade atteinte du diabète sucré dans le service de M. Andral. Cette femme, disons-nous, n'avait jamais pu se faire au régime animal exclusif, et force a été de l'abandonner, car elle refusait les aliments, et l'affaiblissement est devenu tel, par l'effet d'une diarrhée qui s'est ajoutée à l'affection principale, qu'on est revenu petit à petit au régime ordinaire, en commençant par le riz. Chose étrange, malgré ce retour aux féculents,

les urines ont cessé pendant une dizaine de jours de présenter du sucre. Cette circonstance a été notée comme se présentant fréquemment dans la période ultime de la maladie. Quelque chose d'analogue s'observe dans l'albuminurie, et alors la suppression brusque et comme inattendue de l'albumine est considérée comme d'un pronostic fâcheux et prochainement menaçant. La malade en question n'a retiré aucun bénéfice de la disparition du phénomène le plus caractéristique de son affection, et la faiblesse va tous les jours en croissant, quoique les digestions se fassent bien depuis que la diarrhée est arrêtée (1).

OPHTHALMOLOGIE.

III. Études pratiques sur la cataracte (2).

B. Cataractes capsulaires.

Ces cataractes siégent dans la capsule qui enveloppe le cristallin. Le plus souvent l'opacité est placée à la face antérieure de la cristalloïde et vers le centre de cette membrane; quelquefois on a observé des taches dans le feuillet profond. De là des cataractes capsulaires antérieures et postérieures.

Si l'on en croyait la plupart des auteurs qui ont écrit sur la cataracte capsulaire, cette maladie serait presque aussi fréquente que la lenticulaire; cependant il est loin d'en être ainsi. L'erreur vient, sans aucun doute, de ce qu'on a pris très fréquemment les stries opaques de la surface ou, ce qui est même chose, de la substance corticale de la lentille, pour des taches de la capsule, circonstance sur laquelle nous nous sommes déjà expliqués en parlant des caractères des cataractes molles. Il résulte de là que si elle est plus rare qu'on ne l'a dit, la cataracte capsulaire n'en existe pas moins, et que l'on a commis une erreur en avançant qu'il n'y a aucune autopsie bien faite qui démontre l'opacité de la cristalloïde. Cette opinion de M. Malgaigne fut combattue aussitôt qu'elle fut connue par des ophthalmologistes d'un grand mérite, et de la discussion qu'elle souleva il résulta que la cataracte capsulaire existe évidemment, mais qu'elle est beaucoup plus rare qu'on ne le pense généralement. L'opinion de l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis a donc été très utile, parce qu'elle a servi à mettre en lumière ce fait trop peu connu, qu'on prend le plus souvent les taches de la surface du cristallin pour des opacités de la capsule.

Cataracte capsulaire antérieure.

Cette cataracte est complète ou incomplète; c'est-à-dire qu'elle s'étend à toute la surface de la membrane du cristallin en avant, ou ne siége que sur une partie très limitée.

1° Caractères anatomiques. — A la surface antérieure de la capsule et dans le champ de la pupille on voit une tache ordinairement d'un blanc nacré ou couleur de craie dont la surface est toujours inégale, couverte de petites plaques ou aspérités qui sont d'un jaune plus foncé ou d'une couleur plus claire que le reste de la tache. Jamais on n'y voit de stries à moins que les couches corticales du cristallin ne soient malades. En examinant avec attention la surface opaque, on reconnaît assez ordinairement que l'ensemble de l'opacité est formé d'une très grande quantité de petites élévations dont la forme se rapproche toujours de la circulaire. On peut comparer la forme et l'arrangement de ces petites taches qui constituent la cataracte capsulaire à la disposition que prendrait une légère couche d'axonge que l'on comprimerait entre deux feuilles de papier qu'on séparerait ensuite brusquement. Ces taches se répandent, quand la cataracte capsulaire est complète, à toute la surface de la membrane, aussi bien à sa circonférence qu'à son centre. Il arrive quelquefois qu'une portion de la capsule demeure transparente, bien qu'elle soit environnée d'opacités, et alors on peut reconnaître l'existence d'une cataracte lenticulaire. Si, au contraire, le cristallin n'a pas souffert, on voit le fond noir de l'œil à travers cette lacune qui peut être fort large dans quelque cas.

La cataracte capsulaire antérieure est quelquefois très limitée: elle se réduit assez souvent à un point opaque blanchâtre placé à la surface de la cristalloïde; d'autres fois elle et plus étendue et isolée de même de toutes parts.

La cataracte capsulaire est rarement exempte de complications. Celles-ci portent plus particulièrement sur l'iris, les chambres antérieure et postérieure et la cornée.

Iris. Il présente souvent sa couleur normale; quelquefois il est décoloré, signe qui prouve qu'il a été frappé d'inflammation. Il est assez souvent porté en arrière et attaché en partie à la capsule.

Pupille. Elle est libre dans quelques cas; plus souvent elle a perdu une partie de ses mouvements, l'inflammation qui a déterminé la formation de la cataracte capsulaire ayant fixé ses bords sur la capsule (synéchie postérieure). Si elle est libre, *l'ombre portée* existe sur la tache lorsque celle-ci est très étendue.

Chambre postérieure. Elle est diminuée ou abolie. La *chambre antérieure* est agrandie s'il existe des adhérences entre l'iris et la capsule; elle est au contraire diminuée si l'épaisseur des opacités est telle que l'iris présente une convexité en avant.

Cornée. Elle est saine dans la plupart des cas; pourtant si la cataracte capsulaire est le résultat d'une ulcération perforante de la cornée, celle-ci offre une tache à son centre.

2° Caractères physiologiques. — La vision est abaissée ou détruite selon que l'opacité

---

(1) Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que cette femme vient de succomber. Nous donnerons dans le prochain numéro les résultats de l'autopsie. N. D. R.

(2) Voyez le commencement dans les numéros de novembre et de décembre 1845.

est plus ou moins large et qu'elle se rattache à une inflammation éteinte ou existant encore.

Cataracte capsulaire postérieure.

Elle est extrêmement rare, et la plupart des observations faites sur le vivant se rapportent à des taches situées dans les couches corticales profondes du cristallin. Lorsque cette affection existe, elle se rattache ordinairement à une inflammation interne de l'œil ; le cristallin ne tarde pas à devenir opaque lui-même et il n'est plus possible dès lors de reconnaître les taches qui se forment dans la cristalloïde autrement que par l'autopsie. Quelquefois la cataracte capsulaire postérieure se montre sous l'aspect d'une plaque ou d'une végétation conique placée dans le centre même de la membrane. J'ai la conviction d'avoir vu plusieurs fois cette cataracte ; les couches corticales profondes du cristallin, dans un ou deux cas, étaient demeurées très transparentes. Cette forme de la cataracte capsulaire postérieure est le plus souvent congénitale. Alors, selon M. d'Ammon, la maladie se rapporterait à un arrêt de la circulation dans l'artère centrale de la rétine.

Le feuillet postérieur de la capsule devient plus fréquemment opaque après les blessures de l'œil ou les opérations de cataractes à l'aiguille. Une espèce qu'on a nommée *aride siliqueuse* en est une preuve.

Variétés de la cataracte capsulaire.

1re *variété.* — *Cataracte pyramidale ou végétante.*

Cette espèce de cataracte capsulaire siége au centre du feuillet antérieur de la membrane ; exceptionnellement, on en rencontrerait des exemples dans le feuillet profond. Je me bornerai à décrire ici la cataracte capsulaire végétante antérieure, l'existence de la postérieure n'étant rien moins que démontrée.

Au centre de la pupille on reconnaît une tache plus ou moins circulaire, saillante, s'avançant quelquefois jusque dans la chambre antérieure par un sommet terminé en pointe. L'ensemble de l'opacité est conique ; elle semble formée de couches superposées dont la couleur varie du blanc couleur de craie à une teinte jaunâtre quelquefois assez foncée. La surface de la tache est mamelonnée, remplie d'une multitude de petites aspérités ; le reste de la capsule est sain ; le cristallin est transparent partout, sauf dans les points où il est en rapport avec la tache capsulaire. Le plus souvent la pupille est libre, très mobile ; quelquefois elle est adhérente en partie. De même que la capsule, la cornée est tachée à son centre dans une étendue variable, et c'est là ce qui explique la forme singulière du dépôt fibro-albumineux siégeant sur la cristalloïde. La cornée, frappée d'inflammation, s'est ulcérée, l'humeur aqueuse s'est écoulée au dehors, et les lèvres de l'ulcération se sont trouvées en contact avec la cristalloïde pendant un temps variable. L'ulcération cornéenne, oblitérée par une exsudation récente, s'éloigne peu à peu, quelquefois brusquement, de la capsule sous l'influence de la sécrétion de l'humeur aqueuse, et c'est alors que le dépôt blanchâtre s'allonge sous forme conique jusque dans la chambre antérieure.

On rencontre souvent cette variété de cataracte sur des enfants qui ont été atteints d'ophthalmie purulente. Lorsque la maladie existe dans les deux yeux, ces organes sont atteints d'un balancement latéral (nystagmus).

Le nom de *capsulaire végétante* donné à cette cataracte est mauvais, en ce sens que l'opacité dont nous avons indiqué la cause, loin de s'étendre lorsqu'elle est formée, tend à diminuer par résorption et par contraction du tissu fibro-albumineux.

2e *variété.* — *Cataracte aride siliqueuse.*

C'est le nom qu'on donne, depuis Schmidt, à l'opacité traumatique des deux feuillets de la capsule lorsque le cristallin s'est résorbé tout-à-fait ou en très grande partie. Les feuillets capsulaires sont réunis plus ou moins intimement par leur face interne, et se présentent dans la pupille sous la forme d'une tache mamelonnée, inégale, très étendue. Souvent le feuillet antérieur présente une déchirure dans un point quelconque de sa surface, et, derrière la perte de substance, on voit le feuillet profond en contact plus ou moins immédiat avec les bords de la solution de continuité. Dans d'autres cas, il y a au centre ou à la circonférence de la tache une lacune qui permet de reconnaître le fond de l'œil à sa couleur noire normale. Assez souvent la capsule s'est déplacée dans un sens ou dans un autre et une partie de sa circonférence se voit à travers la pupille ; il est facile de reconnaître l'épaisseur de la cataracte qui indique dans tous les cas que le cristallin n'existe plus.

La cataracte aride siliqueuse est souvent une cataracte *secondaire.*

Étiologie des cataractes capsulaires.

Les causes de l'opacité de la capsule sont très nombreuses. Parmi les principales on a rangé l'inflammation de la capsule, celle de l'iris, de la cornée, et en général la phlogose de toutes les membranes internes. Les piqûres, les coupures, les déchirures à la suite de contusions violentes produisent cette maladie, etc. Cette origine de la cataracte capsulaire indique au praticien la nécessité de rechercher les complications qui l'accompagnent si fréquemment ; les plus importantes sont l'adhérence entre l'iris et la capsule, les taches de la cornée, l'inflammation chronique des membranes internes, etc.

Marche des cataractes capsulaires.

Elle est subordonnée aux causes qui ont produit la maladie. Une blessure de la capsule occasionnera souvent une petite opacité qui n'augmentera pas dans la suite, tandis que l'inflammation chronique de l'une des membranes internes de l'œil deviendra la cause d'une tache qui s'étendra à tout le feuillet an-

térieur de la membrane. Dans d'autres cas, si l'inflammation disparaît complètement, l'opacité capsulaire demeurera limitée et n'augmentera plus.

Caractères différentiels des cataractes lenticulaires et capsulaires complètes.

Cataractes lenticulaires.	*Cataractes capsulaires.*
L'*opacité* marche du centre du cristallin à sa surface ou en sens inverse, sans qu'aucune inflammation ait précédé.	L'*opacité* s'étend à la surface externe de l'appareil cristallinien ; elle a toujours été précédée d'une inflammation.
La tache est grise, verte, noire, blanche, ambrée; souvent elle présente des stries qui convergent toutes vers le milieu de la lentille ; sa surface est parfaitement lisse, même lorsque les stries sont nombreuses. Dans la cataracte liquide, les stries sont transversales quand on laisse l'œil en repos.	La tache est toujours d'un blanc mat couleur de craie ; on y voit des aspérités qui font saillie à la surface de la membrane ; elle est formée de plaques réunies sans ordre et rugueuses. — On n'y voit pas de stries régulières.
La cataracte lenticulaire envahit peu à peu tout le cristallin.	La capsulaire demeure stationnaire, bornée, à moins que l'inflammation ne persiste.
Volume très grand ou très petit, iris mobile ou immobile sans adhérences, saillant quelquefois en avant, ou agité exceptionnellement d'oscillations. (Catar. liquide.)	Volume petit, forme aplatie, iris rarement mobile, souvent adhérent et tiré en arrière. Jamais d'oscillations.
Ombre portée large ou nulle.	Ombre portée nulle s'il y a des adhérences.
Vision abolie complètement ou s'améliorant à un jour modéré. Sensation du jour quelquefois obtuse, le plus souvent exquise.	Idem. Vision nulle. — Sensation de la lumière parfaite.

G. *Cataractes capsulo-lenticulaires.*

Ces cataractes se distinguent des autres par la réunion des caractères de la cataracte lenticulaire et de la capsulaire que nous avons décrites ; c'est donc par l'observation de la forme et de l'aspect de ces opacités qu'on parvient à les distinguer aisément. Les cataractes *capsulo-lenticulaires* sont complètes ou incomplètes, c'est-à-dire que l'opacité est limitée quelquefois à une petite tache sur la capsule et sur le cristallin, tandis que, dans d'autres cas, l'opacité capsulaire et la lenticulaire sont très étendues. Dans tel cas, le cristallin sera complètement opaque et la cristalloïde n'offrira qu'une tache couleur de craie très petite; dans tel autre cas, la séreuse sera opaque dans presque toute sa surface antérieure et c'est à peine si à travers quelques lacunes on pourra distinguer l'état de la lentille.

Dans cette cataracte *capsulo-lenticulaire* l'opacité présente deux plans. L'antérieur offre tous les caractères de la cataracte capsulaire que nous avons décrite; nous n'y reviendrons pas. Le postérieur ou profond mérite quelque attention ; lorsque la tache de la capsule est petite, celle de la lentille ne s'étend ordinairement qu'à peu de profondeur et demeure limitée; on en trouve un exemple dans la variété de cataracte que nous avons décrite plus haut sous le nom de *capsulaire végétante ou pyramidale*. Il peut arriver cependant, et longtemps après que la tache capsulaire s'est formée, que la lentille perde peu à peu sa transparence et sans qu'il y ait un rapport direct entre la maladie de la capsule et celle du cristallin. Il est facile alors d'étudier les progrès de la cataracte lenticulaire à travers les parties saines de la capsule; si au contraire la cataracte capsulaire est très large, il n'y a point à douter que la lentille ne participe plus ou moins à l'inflammation et qu'elle ne soit opaque au moins dans toute l'étendue de ses couches antérieures en rapport avec la cristalloïde; on en a souvent la preuve lorsqu'on voit une petite partie du plan profond à travers une lacune transparente de la capsule.

Les auteurs admettent un grand nombre de variétés de cataractes *capsulo-lenticulaires*. En première ligne nous voyons cette variété que nous avons déjà décrite, la *capsulaire végétante*, et dans laquelle le malade est myope ou aveugle; l'*aride siliqueuse*, dans laquelle il n'y a que des débris du cristallin renfermés entre les deux feuillets devenus opaques de la capsule et rapprochés l'un de l'autre; la *capsulo-lenticulaire liquide*, dans laquelle un petit noyau du cristallin nage dans l'espace intra-capsulaire et communique des mouvements de fluctuation à la capsule qui est épaissie et opaque, etc., etc.

2e *classe. — Cataractes fausses.*

Il y a quatre espèces de fausses cataractes, la fibrineuse, la purulente, la sanguine et la pigmenteuse. Nous conserverons cette division admise par M. Mackensie. La dernière espèce, la cataracte pigmenteuse, mérite, selon nous, toute l'attention du praticien.

1° *cataracte fibrineuse.*

C'est une variété de cataracte capsulaire dans laquelle une exsudation abondante, sécrétée à la fois par l'iris enflammé et la capsule, s'est déposée sur cette membrane dans le champ de la pupille et fait une saillie plus ou

moins considérable dans la chambre antérieure. La lentille participe elle-même le plus souvent à l'inflammation et devient opaque en totalité ou en partie. Quelquefois une portion de la pupille est libre, le plus souvent elle est adhérente. Si la fausse membrane très épaisse ne recouvre qu'une partie du champ pupillaire et repose sur le bord de l'iris sans intéresser complètement la cristalloïde, la vision peut être conservée dans des limites assez étendues. La tache est blanche, marquée le plus souvent de quelques petits points jaunâtres qui forment à la surface des aspérités; quelquefois cette lymphe plastique prend des formes particulières : si elle ressemble à une bandelette étroite placée derrière la pupille et adhérente à la face postérieure de l'iris, cet arrangement particulier constitue la *cataracte barrée*, nom qu'on a donné aussi à une forme de la cataracte molle. Au contraire, lorsque la pupille présente une opacité blanchâtre, peu épaisse, en forme de réseau, la cataracte prend le nom de *fibrineuse réticulée*. Enfin lorsque la pupille est bouchée et complètement obstruée par un épais coagulum de lymphe, c'est la *cataracte fibrineuse en caillot*.

Ces diverses cataractes se distinguent de la cataracte capsulaire proprement dite en ce que l'opacité est plus particulièrement formée par un dépôt abondant de lymphe plastique à la surface de la cristalloïde, après une violente inflammation de l'iris.

2° *Cataracte purulente.*

Elle ressemble beaucoup à la *cataracte fibrineuse en caillot*. Une collection de pus s'est organisée dans la pupille; on voit dans cette ouverture complètement immobile et adhérente une tache épaisse, jaunâtre dans toute son étendue, inégale et rugueuse. L'iris est décoloré et présente encore quelquefois des traces d'inflammation chronique. Il n'est pas rare qu'en même temps on trouve dans la chambre antérieure un hypopyon organisé et recouvert de fausses membranes épaisses. La vue est complètement abolie; on ne peut guère espérer de la rétablir que par une opération de pupille artificielle; encore ne devra-t-on fonder que peu d'espoir sur cette ressource, la face postérieure de l'iris étant doublée de fausses membranes qui s'étendent au loin dans la cavité oculaire.

3° *Cataracte sanguine.*

Elle se développe à la suite de plaies de l'œil ou d'hémorragie spontanée intra-oculaire (apoplexie). La chambre antérieure, quelquefois la pupille seulement, est remplie d'une tache brune noirâtre, ou tout-à-fait noire, dans laquelle on remarque çà et là des taches blanchâtres. La pupille est ordinairement adhérente et la vision détruite. Le pronostic est moins grave que pour la variété précédente.

4° *Cataracte pigmenteuse ou uvéenne.*

Cette cataracte est formée par du pigmentum uvéen déposé à la surface de la capsule antérieure à la suite d'une inflammation de l'iris. La cristalloïde est noire dans une étendue variable et adhérente ordinairement à la marge pupillaire. On peut confondre cette maladie avec l'amaurose et la cataracte noire. J'ai établi les signes différentiels de ces maladies dans un travail sur la cataracte pigmenteuse inséré dans le journal de chirurgie de M. Malgaigne (1).

Complications de la cataracte.

La cataracte est très souvent exempte de complications générales ou locales; cependant le chirurgien doit porter toute son attention sur ce point. Il recherchera avant toute opération si l'organe est dans des conditions telles qu'on puisse en espérer un résultat heureux; et il étudiera toutes les conditions morbides directes ou indirectes qui pourraient la faire échouer, ou même qui devraient la contre-indiquer absolument. Je ne ferai que signaler les principales de ces complications.

Complications locales. Les taches de la cornée, surtout lorsqu'elles sont placées vers le centre et qu'elles sont épaisses, gêneront la vision après l'opération de la cataracte, et pourront même s'opposer, dans quelques cas, à une manœuvre régulière. Il est tel cas de taches cornéennes dans lesquelles la pupille artificielle devient nécessaire lorsque le cristallin opaque a été éloigné. La vascularisation de la cornée, son inflammation même légère, certains changements dans sa forme, comme le staphylôme commençant, l'hydrophthalmie, des ulcérations chroniques, devront éloigner l'époque de l'opération. Il en sera de même des granulations épaisses placées sur les conjonctives, des conjonctivites chroniques, de l'entropion ou de l'ectropion même léger, et des affections du sac lacrymal. On recherchera avec soin, surtout s'il s'agit d'une opération par extraction, si un ou plusieurs cils tendent à se dévier. Les ulcérations des bords palpébraux, les croûtes qui s'y forment comme dans la blépharite ciliaire, sont dans le même cas.

Les exsudations plastiques sur l'iris, si elles sont nombreuses, devront être considérées comme une complication grave, une inflammation suraiguë accompagnant presque toujours une opération faite dans de telles circonstances. Il est bien important dans ces cas de rechercher s'il y a encore quelque trace d'inflammation des membranes internes. Les fausses membranes sont le plus souvent assez épaisses pour être immédiatement reconnues; quelquefois cependant une simple adhérence filiforme entre le corps ou la marge de l'iris et la capsule peut occasionner un embarras sérieux au chirurgien s'il opère par extraction.

L'amaurose commençante ou complète est une complication aussi fréquente que sérieuse. Lorsque la paralysie de la rétine débute, il est difficile de la reconnaître, quelques-uns de ses symptômes se confondant avec ceux de la

(1) Voir le numéro d'octobre 1844, p. 289 et suiv., Journal de chirurgie de M. Malgaigne.

cataracte. Mais lorsqu'elle est complète, l'abolition de la vue est telle que le malade n'a aucune conscience de la lumière et qu'il a l'aspect particulier qui distingue l'amaurotique. On n'oubliera pas toutefois que les cataractes molles très volumineuses simulent quelquefois l'amaurose d'une manière telle que des chirurgiens exercés peuvent s'y tromper. La pupille est largement ouverte, immobile; l'iris est poussé en avant; il n'y a aucune perception lumineuse, mais le commémoratif viendra toujours éclairer le praticien.

Le glaucome est une complication aussi grave que l'amaurose et qui doit éloigner toute idée d'opération. Comment reconnaître que cette affection, dont le principal caractère siége au fond de l'œil, existe lorsque la cataracte est complètement développée? Rien n'est cependant plus facile, si l'on se rappelle les symptômes de la choroïdite. Des varicosités nombreuses sillonnent la sclérotique et la conjonctive. La sclérotique présente souvent des plaques bleuâtres ardoisées ou même des staphylomes; l'iris est largement retiré vers ses attaches ciliaires; la pupille est inégale, anguleuse, immobile, extrêmement large; l'iris est décoloré, des taches plombées ou vineuses couvrent sa surface. Le plus souvent des douleurs accompagnent cette affection, ou au moins l'ont précédée. Elles ont presque toujours un caractère d'intermittence très marqué. Le glaucome a précédé souvent de beaucoup l'apparition de la cataracte; c'est là une circonstance utile à noter pour le diagnostic.

Le ramollissement de l'humeur vitrée est une complication sérieuse, moins grave cependant que les deux précédentes. Le globe est assez souvent plus dur qu'à l'état normal; l'iris présente des oscillations remarquables. L'extraction est absolument contre-indiquée; l'abaissement seul peut être essayé. Presque toujours tôt ou tard, après cette opération, le cristallin passe dans la chambre antérieure. Ordinairement le globe est plus mou que d'habitude, comme il arrive au commencement de l'atrophie.

Complications générales. Le nombre en est infini; les principales sont les rhumatismes, la goutte, la syphilis, les scrofules, la grossesse, etc. On a noté aussi comme une complication sérieuse les anciens ulcères des membres inférieurs, surtout lorsqu'on les a fermés peu de temps avant l'opération. Weller, entre autres, pense que leur suppression peut produire des accidents sérieux. C'est une observation que j'ai faite moi-même dans ma pratique particulière. Un homme robuste, M. F..., ancien banquier à Péronne, âgé de 68 ans, vint me trouver en 1843. Son œil droit était complètement cataracté; le gauche présentait des opacités déjà assez marquées. L'examen du malade me fit reconnaître qu'il avait aux jambes d'anciens ulcères très étendus et donnant une suppuration très abondante. Je proposai l'opération de l'œil droit à la condition expresse que le malade conserverait ses ulcères ouverts. Il n'y consentit pas, et de mon côté je persistai dans ma résolution. M. F... entra alors à la maison royale de santé de la rue Saint-Denis, y fit cicatriser ses ulcères et immédiatement après opérer son œil droit, qui se fondit. Quelques mois après, il revint me voir aveugle de l'autre œil, et me promettant de se soumettre cette fois à mes conseils. Je lui prescrivis un régime très sévère, des purgations répétées, et six mois après je l'opérai par abaissement. Aujourd'hui M. F.... a repris ses habitudes et ses occupations; sa vue est parfaite.

Traitement de la cataracte.

Les divisions que nous avons établies pour distinguer entre elles les diverses espèces de cataractes disent assez que leur nature est différente et que le même traitement ne peut leur être appliqué. Dans quelques cas les moyens médicaux suffiront à eux seuls pour éloigner les causes de l'opacité, pour l'enrayer dans sa marche toujours croissante, ou même pour la faire disparaître entièrement, tandis que dans le plus grand nombre on devra recourir immédiatement à des opérations chirurgicales. De là deux routes différentes à suivre, l'une, le traitement médical, qui trouvera de rares applications, l'autre, au contraire, le traitement chirurgical, qui en aura de très fréquentes.

Section I. — *Traitement médical.*

Tous les hommes de bonne foi se sont élevés avec raison contre la prétendue possibilité de guérir la cataracte lenticulaire complète ou avancée par des moyens purement médicaux, et ils ont laissé à un effronté et cupide charlatanisme le soin de propager cette idée erronée dans toutes les classes de la société. Ce n'est donc pas de la cataracte lenticulaire proprement dite, de celle qui survient à la suite des progrès de l'âge ou de toute autre cause inconnue, qu'il s'agit ici, mais bien de certaines variétés de la cataracte capsulaire, dont les causes n'ont point encore pu être éloignées, et, dans quelques cas exceptionnels, de la cataracte lenticulaire traumatique. Examinons le traitement qu'on a proposé pour la guérison de la cataracte lenticulaire proprement dite. Dans les temps les plus reculés, on a essayé les remèdes les plus insignifiants; et, à une époque peu éloignée de nous, on retrouve encore la même crédulité. Nous nous garderons bien de rapporter ici toutes les hypothèses, toutes les billevesées auxquelles a donné naissance le désir de guérir la cataracte sans opération. On a cherché récemment, par des moyens plus ou moins directs, de rendre au cristallin sa transparence; l'électricité est du nombre des agents auxquels on a eu recours avec un prétendu succès. Ceux qui considèrent la cataracte comme le produit d'une inflammation ont eu recours dès son début aux antiphlogistiques; quelques résultats heureux ont été signalés; mais le diagnostic avait-il été bien fait? L'opacité n'était-elle point produite par une subinflammation des membranes internes? Telles sont les questions qu'on peut opposer à de semblables succès. Il est des cas de cataracte

lenticulaire dans lesquels le malade a recouvré la vue, l'opacité ayant disparu spontanément. Ces faits mal interprétés sont venus donner naissance à la plupart des médications tour à tour essayées. Si la cataracte disparaît seule quelquefois, ne peut-on point, par un traitement convenable, espérer de l'éloigner? disent les guérisseurs. Mais, outre que ces faits sont rares, ils trouvent une facile explication, comme nous le verrons plus loin, dans la rupture de la capsule à la suite d'une chute ou d'un effort violent. Ne peut-on pas admettre aussi que la cristalloïde se déchire par les seuls effets du ramollissement de la lentille? Telle est au moins la seule explication raisonnable que j'aie pu donner à la disparition survenue spontanément chez un homme que j'ai eu l'occasion d'examiner. Ici, comme dans tous les cas de déchirure de la capsule, le cristallin soumis à l'action de l'humeur aqueuse s'est résorbé.

Les révulsifs ont été l'objet d'essais répétés; on les a appliqués sur le front, les tempes et sur toute la surface du crâne, et l'on a cru reconnaître que leur usage a quelquefois été heureux. Il est évident qu'on a enregistré sous le nom de lenticulaires des taches du système cristallinien qui n'étaient en réalité que des exsudations encore récentes à la surface de la pupille.

M. Velpeau a voulu essayer cette médication, dans un cas seulement, et au bout d'une année entière il a amélioré la vision, et le cristallin est devenu un peu moins opaque. Ce fait ne s'est point renouvelé depuis et il est bien permis de se demander si les révulsifs n'ont point éloigné une ancienne congestion de l'œil, et si, d'une autre part, le cristallin avait effectivement perdu de son opacité.

La médecine homœopathique, on le pense bien, a dû s'occuper activement de la guérison médicale de la cataracte. On en trouve cinq observations dans la clinique homœopathique du docteur Beauvais (1). Dans l'une d'elles, rapportée par le docteur Caspari, une femme de trente-six ans est atteinte de cataracte depuis 6 mois; elle portait en même temps un trichiasis; des vaisseaux variqueux sillonnaient la cornée. En sept jours elle fut guérie de tout cela, sauf qu'elle voyait comme à travers un brouillard peu épais. L'auteur lui fit prendre une *goutte cannabis* qui éclaircit le brouillard, et une goutte opium 6 qui rendit le cristallin tout-à-fait transparent. J'oubliais de dire que le médecin homœopathe avait *chirurgicalement* enlevé les cils renversés et qu'il ne me semble pas très bien prouvé que la cataracte ne consistait point tout entière dans quelques opacités superficielles de la cornée.

Les lunettes comptent aussi leurs succès; elles s'adressent, de même que les *révulsifs*, non-seulement à la cataracte qu'elles guérissent *toujours*, mais encore aux taches de la cornée, aux pannus, à l'amaurose, etc., etc. Hâtons-nous de dire que ceux qui préconisent les lunettes en vendent le plus qu'ils peuvent(1) et qu'on peut sous ce rapport les assimiler aux marchands de pommades révulsives.

Ces moyens, on le comprend sans peine, ne peuvent guérir une opacité de la lentille. La cataracte lenticulaire ne disparaîtra sans opération que dans quelques cas particuliers, comme après les déchirures traumatiques ou spontanées de la capsule, lésions qui exposent la lentille à l'action de l'humeur aqueuse à la suite de laquelle le cristallin peut être déplacé en masse.

La cataracte lenticulaire peut encore disparaître du champ de la vision dans les cas de ramollissement extrême du corps vitré et lorsque la capsule a perdu ses rapports normaux. Le cristallin renfermé dans la cristalloïde s'abaisse au-dessous de la marge inférieure de la pupille, et le malade se trouve, sous le rapport de la vision, dans les mêmes conditions qu'un opéré de cataracte.

La cataracte lenticulaire traumatique incomplète sera guérie quelquefois par un traitement antiphlogistique énergique. J'ai vu plusieurs cas de piqûre de la capsule après lesquels une opacité très large d'un blanc-bleuâtre s'était formée dans le cristallin et que j'ai éloignée rapidement par des saignées générales et locales. La vision s'est rétablie complètement, et son foyer n'a point été changé, circonstance qui prouve que la plaie de la capsule s'était refermée et que les produits de l'inflammation traumatique avaient disparu par voie de résorption. Si la cataracte est accompagnée d'une large déchirure de la capsule, les antiphlogistiques peuvent arrêter la phlogose dans les autres membranes oculaires, mais le cristallin devenu opaque se résorbera complètement ou incomplètement, selon que des produits plastiques viendront ou non tôt ou tard réunir les bords de la solution de continuité. La déchirure de la capsule est directe ou indirecte. Une violente secousse, une chute sur la tête ou sur les pieds peuvent la produire. Si le cristallin est sain au moment de l'accident, il ne tarde pas à devenir opaque; quelquefois il est déchatonné ou luxé. On conçoit que dans le dernier cas s'il y a préalablement une cataracte, on conçoit, dis-je, que la vision se rétablisse à l'instant. C'est ainsi que le prêtre cataracté dont parle Janin recouvra tout-à-coup la vue à la suite d'une chute et qu'un jeune homme de quatorze ans cataracté de naissance dut sa guérison à la même cause. « Ce jeune homme, dit Janin (2), accompagné de quelques enfants de son âge, alla se promener à une campagne peu éloignée de sa demeure. L'un d'eux, ayant aperçu un nid d'oiseau sur un arbre très élevé, temoigna à ses camarades la joie qu'il avait de cette découverte. Dans le moment, il fut mis en délibération lequel d'entre eux grimperait sur l'arbre

(1) Voyez Ann. d'oculist., t. II, p. 218.

(1) Schlesinger, Guérison radicale, par le seul moyen des verres de lunettes, de la plupart des altérations de la vue. Germer-Baillière, Paris, page 46.

(2) Janin, loco citato, page 154.

pour aller s'emparer du nid. Notre aveugle, comme le plus âgé, voulut en avoir la gloire, on le laissa faire. Il était presque parvenu à la branche ou était le nid, quand, pour l'atteindre, il s'élança trop haut, manqua son coup, perdit l'équilibre et tomba de branche en branche jusqu'à terre où il se trouva d'abord sur ses pieds; mais, bientôt après, étourdi de cette chute, il en fit une seconde de sa hauteur. Lorsqu'il fut revenu de son étourdissement, il aperçut pour la première fois des corps en mouvement ; c'étaient ses camarades, effrayés de sa chute, qui ne furent pas moins surpris que lui quand il les assura qu'il voyait des objets qu'il ne connaissait pas. Leur retour fut plus joyeux qu'ils ne l'avaient attendu : ils avaient une nouvelle bien agréable à donner aux parents du jeune homme, qui examinèrent ses yeux et reconnurent que véritablement les cataractes avaient disparu. Dès lors il fut en état d'étudier, il se destina au sacerdoce et y parvint dans la suite. J'ai vu ce prêtre chez feu Mgr. l'évêque de Cahors et c'est de lui que je tiens ce récit. Il est obligé pour lire de faire usage de lunettes à cataractes. »

La cataracte capsulaire disparaît, de même que quelques lenticulaires traumatiques incomplètes, par l'influence du traitement, à la condition toutefois qu'il ne sera point trop tardif. Après l'inflammation de l'iris, des exsudations se déposent sur la surface de la capsule, deviennent ainsi la cause d'adhérences (synéchies postérieures) plus ou moins nombreuses et larges. La capsule elle-même participe à l'inflammation, et de ce côté encore les sécrétions plastiques trouvent une source active. Que les choses soient abandonnées à elles-mêmes, et l'on verra dans un temps donné la pupille se déformer davantage, devenir de plus en plus adhérente à la cristalloïde et s'oblitérer en totalité ou en partie. C'est alors qu'on pourra reconnaître la cataracte capsulaire proprement dite définitivement organisée. Mais si un traitement convenable est dirigé contre l'inflammation qui prend si souvent une forme d'une lenteur désespérante, et si en même temps on dilate la pupille avec persévérance et au moyen d'instillations de belladone, on ne tardera pas à voir diminuer peu à peu les produits nouveaux déposés dans le champ de la vision et celle-ci augmenter souvent d'une manière notable. Ce sont des cas de cette espèce, et il n'y a point lieu d'en douter, qui ont accrédité la possibilité de la guérison de la cataracte sans opération.

D'après ce qui précède, il est facile de voir que nous ne sommes pas plus avancés qu'au temps ou Maître-Jan (1) s'exprimait ainsi au sujet de la guérison de la cataracte sans opération : « Il y en a aussi d'autres qui se sont vantés un peu trop hardiment d'en avoir guéri ou prévenu quelques-unes. Il y avait chez ceux-là plus de vanité que de bonne foi, et le seul récit vague, indéterminé et mal circonstancié qu'ils font de leurs cures, est plus que suffisant pour les confondre de mensonge ou tout au moins d'erreur, aussi bien que quelques charlatans modernes qui n'ont aucune teinture de médecine ni de chirurgie, ou, s'ils en ont quelqu'une, elle est si médiocre qu'ils ne méritent pas de porter le titre dont ils s'honorent et qui cependant exagèrent impunément les vertus de leurs prétendus secrets pour guérir les cataractes, et trompent ainsi le puplic.

» De tout ce que dessus je conclus qu'on ne peut guérir par les remèdes les cataractes, quand même elles ne seraient encore que naissantes ou non confirmées, et qu'il est très difficile de les prévenir. »

(La suite au prochain numéro.)

Docteur DESMARRES.

(1) Maître-Jan, p. 157.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

IV. Opération de la lithotritie. — Cassure de l'instrument dans la vessie.

Depuis l'âge de deux ans, Baptiste Andrieu, saint-Denis, département de l'Aude, souffrait d'une difficulté d'uriner pour laquelle il avait réclamé en plusieurs circonstances les secours de l'art, et dont il ne retira aucun soulagement. Ce ne fut qu'au commencement du mois d'août dernier que je fus appelé auprès du malade alors âgé de vingt-six ans, et qu'après un examen minutieux, je constatai la présence d'un calcul assez volumineux. Les docteurs Fréjacque et Abrial, appelés en consultation, reconnurent aussi la présence du calcul et trouvèrent le malade dans l'état suivant:

Constitution naturellement robuste, mais appauvrie par vingt-quatre ans de souffrances aiguës ; excrétion des urines presque continuelle, mais très douloureuse, goutte à goutte et possible seulement pendant que le malade était couché sur le côté gauche, ce qu'on peut expliquer par la situation et l'ancienneté du calcul et la contraction de la vessie dont la capacité était réduite à peu près au volume de la pierre.

Chaque jour la fièvre se manifestait à des heures différentes et minait de plus en plus la santé du sujet déjà si compromise. Tous les symptômes du catarrhe vésical étaient caractérisés au plus haut degré et nous laissèrent unanimes sur l'opportunité d'une opération chirurgicale, comme seule chance de salut pour le malade. Son état général et local ne nous permit pas d'admettre la lithotomie comme possible; ce fut à la lithotritie que nous donnâmes la préférence, pleins d'espoir que les nouveaux perfectionnements des intruments que le docteur Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, a fait fonctionner si heureusement dans plusieurs cas récents, nous donneraient des résultats non moins simples et aussi avantageux.

Le 25 septembre, après avoir fait subir un

traitement préparatoire, nous nous rendîmes chez le malade. D'après les essais faits la veille sur des pierres du volume présumé du calcul vésical, pierres que nous avions brisées avec facilité sans employer une grande force, nous étions en droit d'espérer un succès peu difficile et complet. En effet, après avoir introduit une sonde dans la vessie et injecté environ 120 grammes d'un liquide émollient, la sonde fut retirée, et le brise-pierre n° 2, modèle Charrière, introduit. Dès les premiers essais un calcul d'environ 32 millimètres de diamètre fut saisi et divisé. La force qu'il fallut employer pour faire éclater le calcul fut de beaucoup moindre que celle employée dans nos essais antérieurs. A trois reprises différentes le calcul fut repris et broyé de même. Nous étions au comble de la joie ainsi que la famille qui entendait comme nous le bruit particulier que produisait la pression de l'instrument sur la pierre qui cédait. A la cinquième reprise, sans effort plus considérable, sans secousse, sans faux mouvements, et nous insistons sur ces circonstances, un bruit un peu plus fort frappe nos oreilles, et tout le monde croit au succès complet. Le malade se plaignait de la fatigue: nous décidâmes de remettre à une autre séance la suite de l'opération.

Quel n'est pas notre étonnement lorsque nous sentons une résistance qui ne permet pas de retirer le lithotriteur! En vain nous lui faisons exécuter des mouvements divers dans tous les sens, en vain nous l'ouvrons et le refermons plusieurs fois en maintenant le doigt dans le rectum et nous assurant ainsi que l'extrémité de l'instrument était libre et que la membrane muqueuse n'était pas pincée; toujours la même difficulté de le retirer se fait sentir et nous plonge dans une incertitude inquiétante.

Cependant, en usant de tous les ménagements possibles et par de nouvelles manœuvres, nous faisons arriver l'instrument jusqu'en deçà du col vésical. C'est dans cette partie, dans la région périnéale, que le toucher nous a fait percevoir à travers la peau une aspérité sur la convexité du lithotriteur que nous avons prise pour un fragment du calcul engagé dans la fenêtre de la branche femelle. La difficulté de la retraite étant de plus en plus considérable et le malade étant excessivement fatigué, nous avons pris la résolution de pratiquer une petite incision sur le canal pour dégager ce prétendu fragment et ne pas causer de désordres plus grands. Dès lors notre incertitude cesse à l'aspect de la cause du mal qui devient évidente. Ce n'est pas un fragment du calcul comme nous l'avons cru, mais bien une portion saillante de la paroi gauche de la fenêtre de la branche femelle qui s'est cassée et écartée de son axe dans son tiers inférieur de manière à offrir dans le mouvement rétrograde l'effet d'un fer de lance ou d'un hameçon. Toutes les difficultés nous étant ainsi expliquées, nous avons pu faire saillir par la boutonnière l'extrémité du lithotriteur cassé et, à l'aide de fortes pinces, détacher en entier la partie qui formait l'obstacle à sa retraite.

Comme nous nous y attendions, en nous représentant la gravité des désordres qu'a dû produire l'instrument dévié à travers le col de la vessie jusqu'à la boutonnière dont nous reconnaissons actuellement l'urgente nécessité, le malade n'a pas éprouvé de soulagement. Un spasme violent s'est développé et après lui une chaleur intense. Au bout d'une heure les urines qui ne coulaient pas nous faisaient redouter l'engorgement de la vessie et un épanchement urineux. Malgré le malaise que le malade éprouvait, nous avons décidé l'application d'une sonde à demeure qui a été introduite sans trop de difficulté quoique le canal fût largement incisé; elle a donné passage à des caillots sanguins entraînant de nombreux fragments du calcul. C'est dans cet état qu'après avoir donné une potion calmante et fait les prescriptions nécessaires, nous nous sommes retirés pour nous livrer aux plus tristes réflexions sur l'issue si fâcheuse et si peu prévue de ce déplorable évènement.

En effet, lorsque tout nous présageait un beau succès par la prochaine guérison du malade; lorsque toutes les mesures et les précautions les plus minutieuses avaient présidé aux apprêts de cette opération; quand tout le monde se réjouissait de sa marche régulière; quelle fatalité et quelle déception a fait survenir l'accident le plus inattendu et contre lequel nous avions toutes les garanties matérielles qu'il est permis d'avoir! De nombreux succès obtenus par nos devanciers, les instruments sensiblement perfectionnés et le nom de leur auteur si justement célèbre dans sa spécialité, et dont nous rapportons textuellement les paroles adressées dans son rapport à l'Académie des sciences, le 10 octobre 1836:

« L'instrument tel que je l'ai perfectionné
» se termine par une rondelle qui donne assez
» de prise à la main pour produire une force
» suffisante; mais tout est tellement calculé
» entre la puissance donnée par cette poignée
» et la résistance des mors de la pince, qu'il
» est impossible à l'homme le plus vigoureux
» de briser une des branches avec la pression
» exercée par la vis, etc.; »

tout nous interdisait la crainte et justifiait nos espérances, et pourtant un homme est menacé dans son existence et nous laisse les regrets d'avoir innocemment contribué à l'augmentation de ses douleurs. Nous regardons comme un devoir de publier ce pénible résultat, non pour accuser le procédé opératoire, dont nous reconnaissons l'incontestable supériorité, non pour engager nos confrères à prendre plus de précautions, car nous croyons les avoir prises toutes, mais bien pour redoubler l'attention des fabricants et, si c'est possible, pour qu'ils ne livrent au commerce que des instruments doublement éprouvés. On frémit, à l'aspect de l'instrument cassé que nous renvoyons au fabricant, en pensant à l'horrible situation du malade et des médecins si l'instru-

ment n'eût pas pu être retiré de la vessie.

TARONI, docteur-médecin.

Alzonne (Aude).

V. Trombus vulvo-périnéal.

Monsieur,

J'ai lu dans le numéro de décembre dernier de votre journal une observation ayant pour titre: *Trombus vulvo-périnéal.* Cette observation, relative à un accident survenu immédiatement après un accouchement, a tant de ressemblance avec un fait pathologique recueilli par moi il y a plusieurs années, que je ne puis résister au désir de vous adresser quelques mots à ce sujet. J'y suis d'autant plus autorisé que, comme je pus bientôt découvrir la cause de cet accident, ma malade ne tarda pas à se trouver guérie; tandis que M. Ledru, guidé par des conjectures ce me semble peu fondées, n'arriva au même but qu'au bout d'un certain laps de temps et après avoir vu surgir des symptômes assez alarmants.

Je dis que ce médecin fut guidé par des conjectures peu fondées, parce que l'opinion qu'il émet sur la cause de ce fait pathologique, loin d'être propre à en éclairer le diagnostic, me paraît plutôt de nature à produire un résultat tout contraire. En effet, comment supposer qu'un cordon ombilical résistera à une traction assez forte pour déchirer les vaisseaux situés dans la couche cellulo-vasculaire du vagin? Dans cette supposition même, comment admettre que l'effet de cette traction portera seulement sur l'entrée du vagin? (S'il avait porté sur un autre point, il aurait sans doute occasionné quelque lésion de rapports, quelque prolapsus qui n'a pas été signalé, et qui d'ailleurs aurait laissé des traces plus durables de son existence.) Que le passage et la pression de la tête de l'enfant, poussé violemment dans cette filière organique, puisse produire dans celle-ci la rupture de quelques ramuscules sanguins sous-muqueux, voilà ce qui se concevrait bien mieux et s'accorderait du reste avec ce qui se remarque à la suite de beaucoup d'autres espèces de contusions; mais encore est-il que cette cause d'épanchement sanguin, bien qu'infiniment plus concevable que celle admise par M. Ledru, n'expliquerait cependant pas d'une manière satisfaisante la prompte formation ni l'énorme volume de la tumeur dont il s'agit.

En outre, si, avec ce médecin, on admet que la rétention des lochies dans l'utérus a eu lieu pendant le premier jour qui a suivi l'accouchement, il est assez difficile de concevoir comment il s'est fait que cette rétention n'ait produit, pour ainsi dire, aucun phénomène pathologique du côté de cet organe. Tous s'expliquent, au contraire, par la cause que je signale plus loin.

Quoi qu'il en soit, en comparant le fait rapporté par M. Ledru avec celui que j'ai observé, on jugera s'ils ont pu être le résultat d'une même cause agissant de la même manière.

Voici mon observation : il y avait une heure que madame P. était heureusement accouchée d'un premier enfant à terme, quand j'arrivai près d'elle pour la soulager des douleurs qui s'étaient manifestées depuis sa délivrance, et avaient leur siége dans les parties génitales, où la sage-femme n'avait pas tardé à remarquer le développement d'une tumeur qui ne cessait de s'accroître et rendait les souffrances de plus en plus insupportables.

Cette tuméfaction avait le volume du poing lorsque je l'examinai, et ne différait du reste, ni pour le siége ni pour les symptômes, de celle qui a été observée par notre confrère (toutes choses égales d'ailleurs). Cette similitude m'engage à ne pas entrer dans des détails descriptifs qui ne seraient qu'une répétition de ce que dit M. Ledru.

Une exploration attentive de la tumeur de madame P. m'y fit découvrir une petite ouverture susceptible d'admettre le bout du doigt auriculaire, ouverture située à la partie postérieure gauche du vagin, à deux centimètres de la commissure, et occupant à peu près le centre de cette grosseur, derrière laquelle elle se cachait de plus en plus à mesure que cette dernière se développait.

Cherchant alors à m'expliquer comment cette ouverture avait pu se former, il me parut qu'elle devait être le résultat d'une trop grande distension éprouvée par le bourrelet vagino-vulvaire au moment où la tête de l'enfant l'avait franchi violemment, et que depuis l'accouchement le sang expulsé par la matrice devait s'introduire continuellement par cette crevasse et accroître de plus en plus la tuméfaction.

La suite a prouvé que je ne m'étais pas trompé. D'après mon diagnostic, il s'agissait d'évacuer le sang contenu dans la tumeur et de l'empêcher d'y entrer de nouveau. J'opérai l'évacuation par l'introduction d'une sonde de femme, au moyen de laquelle je divisai les caillots, dont la sortie fut facilitée par de douces pressions.

Il a suffi de faire coucher la malade sur le côté droit pour empêcher le fluide lochial de continuer à tomber par la même ouverture dans cette espèce de poche.

Des émollients appliqués pendant une couple de jours achevèrent de faire tout rentrer dans l'état normal.

Maintenant, que serait-il arrivé si l'on avait tardé à m'appeler, et que l'ouverture de cette poche sanguine se fût dérobée à mon exploration; si enfin, ne pouvant me rendre compte ni de la nature exacte du mal, ni de son mode de formation, j'avais temporisé? Il est évident que le sujet aurait pu subir la série de symptômes et la durée du traitement rapportées par M. Ledru.

Quel que soit, au reste, le degré de ressemblance qui ait existé entre les deux cas, comme pareil accident pourra se présenter à d'autres praticiens, j'ai cru à propos de faire connaître celui dont j'ai été témoin, n'ayant en cela d'autre but que d'être utile. Si vous êtes à cet égard du même avis que moi, vous m'oblige-

rez, monsieur, de publier dans un des prochains numéros de votre journal, l'observation que j'ai l'honneur de vous adresser.

Agréez, etc.

BOULONGNE,
médecin adjoint des hospices de Noyon.

Noyon, le 9 janvier 1846.

VI. Fièvre avec ictère et crampes.

J'ai lu dans le numéro d'octobre 1845, page 133, de votre journal, les deux observations qui avaient donné sujet à l'article d'un journal belge intitulé *la fièvre jaune à Paris*. J'ose croire qu'il vous paraîtra utile de donner connaissance à vos lecteurs de l'observation suivante que j'ai recueillie dans ma pratique au commencement d'octobre. Son analogie avec les deux cas qui ont été observés dans les services de M. le professeur Andral et de M. Rayer ne sera pas sans intérêt pour les observateurs.

OBS. — Le malade dont j'ai à vous parler était un ouvrier mécanicien, d'une très forte constitution, habitant à la campagne un lieu humide mais bien aéré. Cet homme, qui était en contravention permanente avec toutes les lois de l'hygiène, avait eu une rixe, aux derniers jours de septembre, avec quelques enfants à la poursuite desquels il s'était démesurément acharné.

Le 10 octobre, je fus appelé auprès de lui. Je le trouvai couché dans le décubitus dorsal. Il se plaignait d'une forte céphalalgie, de douleurs abdominales et de fortes crampes dans les jambes. Il accusait de l'anorexie, des envies de vomir. La peau était chaude; la fièvre peu intense. L'intelligence était parfaitement lucide. La langue était recouverte d'un enduit saburral; l'abdomen à peu près insensible à la pression. Pas de selles depuis plusieurs jours.

J'avais alors dans ma clientèle et dans le même rayon cinq fièvres typhoïdes en traitement. J'étais sur mes gardes. C'était le soir; je prescrivis la diète, quelques boissons délayantes, un lavement.

Le 11, le malade était dans le même état; j'ordonnai un laxatif.

Du 12 au 13, il y eut un mieux marqué.

Le 14, je fus mandé de bonne heure, le malade se trouvant moins bien depuis la veille, temps où se montrèrent d'une manière très marquée les symptômes dont je vais parler. C'est à ce moment que je pus observer les caractères d'analogie dont j'ai parlé plus haut. Le malade accusait la sensation d'une barre au front. Les crampes dans les membres pelviens étaient extrêmes, l'anxiété très grande. Au premier examen, je fus frappé de la coloration de la peau passée au jaune-orangé. Les douleurs abdominales étaient très prononcées dans l'hypochondre droit. A la pression, la région du foie était sensible. Le ventre n'était pas ballonné. La langue était toujours saburrale; les selles noirâtres. Intelligence toujours intacte; 95 pulsations, 25 sangsues sur la région hépatique; eau de chiendent avec sirop de groseilles; lavement. Vers le milieu du jour il y eut un peu d'amélioration.

A dix heures du soir, on vint me prier de me rendre auprès de ce malade. Je le trouvai sur son pot de nuit. Sa femme était seule près de lui.... Une scène lugubre allait se passer... Deux minutes après mon arrivée, le malade, sans répondre à l'invitation pressante que je lui adressai de se laisser coucher, saisit convulsivement le chandelier, renverse son siége et tombe... Un batelier appelé au secours m'aida à remonter le malheureux sur son lit où nous eûmes beaucoup de peine à le maintenir. Je parvins à le rappeler à lui. Il me dit quelques mots très suivis et il expira.

Je ne demandai pas à faire l'autopsie, je ne l'aurais pas obtenu. Nous sommes loin du jour où le public comprendra que, dans son intérêt comme dans celui de la science, aucun moyen d'investigation ne devrait être refusé à celui qui est chargé de remédier aux désordres de son organisation.

Les deux observations consignées dans votre numéro d'octobre étant accompagnées de réflexions que je ne pourrais guère que reproduire sous une autre forme, je vous livre la mienne sans commentaire.

J.-J. ALAMIR-CARCENAC,
Médecin à Ham (Nord).

VII. Cas dans lequel les périodes de la fièvre intermittente ont été interverties.

Monsieur et très honoré confrère,

La lecture des Éléments de pathologie médico-chirurgicale de MM. Roche et Sanson, à l'article *Fièvres intermittentes des marais*, m'a rappelé un cas de fièvre intermittente que j'ai observé et qui mérite d'être connu. Les auteurs de cet estimable ouvrage disent, en parlant des trois périodes des fièvres intermittentes : que toujours ces périodes se succèdent dans l'ordre ordinaire et que leur interversion, admise par quelques auteurs, ne leur paraît pas possible. Voici un fait qui prouve le contraire :

OBS. — En 1827, au mois d'août, M. Laurent fils, huissier à Culan (Cher), fut atteint d'une fièvre intermittente dont la succession des périodes était tout-à-fait anormale. La fièvre débutait au milieu de la nuit par une sueur très abondante qui durait une heure ou à peu près. Alors la peau devenait sèche, plus chaude, la figure s'animait, la tête était douloureuse, les yeux s'injectaient, le pouls était dur, plein, accéléré, il y avait de la soif. Cet état durait quatre à cinq heures. Ensuite la scène changeait, la peau du malade se refroidissait, celle des pieds et des mains surtout. Il y avait peu de frisson. Le malade se faisait couvrir davantage et au bout d'une heure la peau reprenait sa chaleur normale, tous les autres symptômes de cette période de la fièvre disparais-

raient et le malade n'éprouvait plus qu'un sentiment de fatigue qui ne tardait pas à se dissiper.

La mère du malade, déroutée par l'interversion des trois périodes de la fièvre de son fils, refusait de croire, malgré l'assurance que je lui en donnais, qu'il fût atteint d'une fièvre intermittente. Effrayée par la bizarrerie de cette maladie qu'elle croyait nouvelle et partant inconnue, elle me pria instamment de m'adjoindre un confrère. Le docteur Bernard, de La Châtre (Indre), fut consulté, et ce respectable et savant confrère s'étant joint à moi pour rassurer cette dame sur le compte de son fils, le sulfate de quinine fut administré et la fièvre ne tarda pas à disparaître pour ne plus revenir.

Agréez, etc. B. MAUGENEST,
Médecin de l'institution de Chézal-Benoît (Cher).

VIII. De l'extraction des phalanges nécrosées pour remplacer l'amputation.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire, dans le n° qui m'est parvenu hier, une note relative à l'avantage de substituer l'extraction des phalanges du doigt nécrosées à l'amputation de ces mêmes phalanges. Je suis heureux de m'être rencontré avec M. Velpeau dans la constatation de l'efficacité de ce mode opératoire. J'ignorais que M. Velpeau se fût occupé de cette modification que j'ai mise plusieurs fois en pratique depuis l'année dernière, et chaque fois avec succès. La chose ne m'avait pas paru assez importante pour être publiée et je m'étais borné à en faire apprécier les avantages aux élèves qui suivent ma clinique à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier. Aujourd'hui que je vois que le chirurgien en chef de la Charité de Paris n'a pas jugé des faits de ce genre indignes d'être portés à l'attention du public, je me suis décidé à vous communiquer quelques cas de même nature, pour que vous leur donniez de la publicité, si vous le jugez convenable.

Une femme de quarante ans environ, très sujette aux érysipèles, avait eu un érysipèle phlegmoneux de l'avant-bras, de la main et des doigts, dont les progrès avaient été enrayés du côté de l'avant-bras par l'emploi d'un vésicatoire sur le point malade. Mais l'inflammation moins avantageusement combattue vers les doigts s'était particulièrement localisée sur le médius, l'indicateur et le pouce du côté droit. Le pouce avait subi surtout une forte inflammation suivie de suppuration; une incision avait été nécessaire, soit pour débrider, soit pour donner issue au pus. L'ouverture ne s'étant point cicatrisée et s'étant convertie en trajet fistuleux, la malade se décida à entrer à l'hôpital Saint-Éloi, au mois de juillet dernier.

Je sondai avec un stylet le trajet fistuleux et je ne tardai pas à reconnaître que la phalange unguéale était nécrosée et dénudée dans une grande étendue. Désirant conserver à la malade l'extrémité unguéale du pouce dont l'amputation semblait indiquée, je pratiquai une incision latérale parallèle à l'axe de la phalange nécrosée, je la saisis avec des pinces ordinaires, et je la détachai de ses adhérences avec le bistouri. L'exécution fut prompte et facile; la malade souffrit peu; la plaie fut pansée simplement, et huit jours après la cicatrisation était accomplie.

La malade séjourna quelque temps encore à l'hôpital et je pus me convaincre que, bien que le pouce fût raccourci, sa pulpe rendue résistante par le tissu fibreux placé à son centre, et protégée en arrière par l'ongle médiocrement déformé, conservait assez bien la forme normale et rendait assurément plus de services que n'aurait pu faire le moignon digital, si l'amputation eût été pratiquée.

Deux autres faits du même genre et dont je vous épargne les détails se sont présentés et ont été suivis de résultats aussi favorables. Dans un cas, j'ai enlevé de la même manière par une incision latérale deux phalanges d'un orteil qui s'étaient nécrosées à la suite d'une plaie contuse. Le malade souffrit à peine et la forme de l'organe fut conservée.

Je conclus que, dans les cas de nécrose des phalanges, leur extirpation est préférable à l'amputation des doigts, et qu'à l'avantage de la promptitude dans l'exécution le premier mode opératoire joint celui de permettre la conservation de la forme de l'organe et de soustraire l'opéré aux complications quelquefois fâcheuses qui surviennent quand on désarticule les doigts.

Veuillez agréer, etc.

V. BOUISSON,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Montpellier, 24 janvier 1846.

IX. De l'emploi de la santonine comme vermifuge.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro de novembre, page 214, vous parlez d'un docteur Calloud qui a employé avec succès la santonine comme vermifuge. Cette note est évidemment extraite d'un article inséré par M. Mialhe dans le numéro de novembre 1843 du Journal de pharmacie, article dans lequel je ne me suis nullement qualifié de docteur, et qui contient une omission, sur les doses à faire prendre cette substance aux enfants, qu'il m'importe de rectifier (1).

Les tablettes que je confectionne à présent, au lieu de contenir deux centigrammes et demi, ne sont plus que d'un centigramme et les médecins en prescrivent de deux à six tablettes, à prendre, partie le soir, partie le lendemain matin (de 2 à 3 jusqu'à l'âge de 4 ans, de 5 à 6 jusqu'à celui de 12; on peut réitérer le lendemain).

(1) La note à laquelle l'auteur fait allusion se compose de quelques lignes traduites textuellement d'un journal allemand qui les a publiées sans indication d'origine.

Comme l'expérience a constaté qu'à la dose de dix centigrammes cette substance provoque, chez quelques enfants, de légères coliques, il est a présumer qu'il serait imprudent d'en élever la dose jusqu'à 60 centigrammes comme le conseille M. Mialhe, sauf que ce fût en plusieurs fractions dans la journée.

En l'employant à la dose de cinq à six centigrammes seulement et en deux fois, elle a un effet vermifuge certain ; elle me paraît destinée à devenir un remède populaire, et elle l'est déjà dans nos contrées.—Quelques heures après l'ingestion de la santonine, les urines se colorent, chez plusieurs enfants, en jaune. Je me propose de faire des recherches dans le but de connaître à quelle substance est dû ce changement de couleur.

J'ai vérifié un fait qui a été observé par un médecin de Villefranche (Saône), et qui mérite de fixer, par sa singularité, l'attention des physiologistes; deux ou trois heures après avoir pris 10 à 15 centigrammes de santonine, les objets que l'on aperçoit paraissent colorés en jaune verdâtre. La vision est légèrement obscurcie et l'on se croirait au moment d'une éclipse de soleil; cet effet est moins sensible lorsque le ciel est couvert; il est surtout très prononcé lorsque le soleil est sur l'horizon. J'ai constaté ce fait sur plusieurs personnes ; il est presque constant sur les myopes.

Si vous croyez que ma lettre puisse intéresser les lecteurs de votre journal, je vous prie de l'insérer dans un de vos prochains numéros.

Agréez, etc.

CALLOUD,
Pharmacien à Annecy et membre correspondant de la Société de pharmacie de Paris.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Déontologie médicale, ou des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation ; par le docteur Max. SIMON (1).

La médecine, considérée dans toute sa grandeur et dans toute sa dignité, comprend deux éléments également nécessaires, savoir : un élément intellectuel et un élément moral ; et c'est à bon droit qu'on s'accorde généralement à ne donner le titre de médecin supérieur qu'à celui qui se recommande éminemment, comme savant et artiste d'une part, comme homme moral et social de l'autre. Ce principe posé, il est une remarque que je tiens à présenter tout d'abord, à l'honneur de la médecine: c'est qu'en même temps que celle-ci recevait sa véritable constitution comme science et comme art, elle avait l'avantage d'être élevée, comme profession, au niveau des plus hautes fonctions sociales.

Qui ne sait que c'est à Hippocrate que revient cette double gloire? Il faut le dire, nul n'était ni plus capable ni plus digne de réussir dans cette noble et difficile entreprise.

En effet, tous les témoignages historiques sont là pour en faire foi : autant auprès de ses contemporains sa renommée fut grande comme homme de science, autant son autorité fut puissante comme homme de bien.

Le souvenir de cette glorieuse vie, loin de diminuer, n'a cessé de grandir à travers les siècles. En tous lieux et en tous temps, le divin vieillard a été placé, d'une voix unanime, parmi les plus illustres bienfaiteurs de l'humanité, et il a mérité l'incomparable honneur d'être proposé à la postérité comme le type du médecin par excellence, comme la réalisation aussi complète que possible du *vir bonus medendi peritus;* tant il est vrai qu'en médecine aussi bien qu'en toutes choses, la véritable et solide grandeur doit reposer sur l'intime alliance du génie et de la vertu !

Sous ce grand maître, et sous cet illustre modèle, on pressent que l'école de Cos était appelée à devenir florissante entre toutes les écoles de la Grèce. En effet, l'histoire nous apprend que, du sein de cette institution, on vit sortir une nombreuse génération de médecins, qui mérita d'être regardée comme la famille légitime d'Hippocrate, en recueillant en son entier l'héritage du fondateur, et en s'étudiant à allier à la culture de l'art la pratique des plus hautes vertus.

Le temps a pu détruire l'école de Cos; mais la collection hippocratique restera comme un monument impérissable de la puissance de l'institution. Dans cette œuvre, il est une chose qui vous frappe, avant même la grandeur de la doctrine : c'est la haute idée que le maître avait conçue de la médecine, c'est surtout le soin religieux avec lequel il s'efforçait d'inspirer cette idée à ses disciples, et de la propager dans le monde, tant par son enseignement que par ses actes et son exemple.

En effet, comme chacun le sait, la grande manière d'Hippocrate consistait éminemment à répandre partout, dans ses leçons comme dans ses écrits, tout ce qui fait la vie, la force et la grandeur de la médecine; je veux dire une philosophie mâle, une observation profonde, une pratique saine, une morale pure, une religion éclairée.

S'il est vrai que généralement, même dans ses œuvres purement médicales, on retrouve les caractères de ce large enseignement, il est juste cependant de distinguer, au milieu de la collection, un certain nombre de petits traités consacrés d'une manière plus spéciale à établir la partie morale de la médecine; tant il est vrai qu'aux yeux du fondateur, cette partie avait une haute importance, pour ne pas dire une valeur de premier ordre.

(1) 1 v. in-8 de 600 p., chez J.-B. Baillière, 1845.

A qui les étudiera attentivement, ces petits traités offriront un cachet tout particulier, et même une sorte de mérite à part; ainsi, il me semble que là plus qu'ailleurs on retrouve Hippocrate tout entier ce qu'il est, je veux dire dans son véritable caractère de père de la médecine.

En effet, c'est là surtout que se montre son intéressante préoccupation pour la dignité de la profession médicale, et qu'éclate son enthousiasme pour l'art, à ce point qu'il n'hésite pas à en regarder le ministre comme égal à la divinité, quand celui-ci sait s'élever à la hauteur de sa mission par ses qualités intellectuelles et morales, et surtout par la grandeur de ses bienfaits. — *Medicus philosophus deo æqualis.* — Aussi admirez avec quelle attention il sait entremêler aux principes de la science et de l'art les préceptes de la haute sagesse! Dans sa prévoyance, il n'oublie pas de donner çà et là de bons conseils sur ce qu'on peut appeler la politique médicale, et telle est même sa sollicitude paternelle qu'il ne dédaigne pas de descendre quelquefois aux recommandations les plus familières, lorsqu'il peut les croire utiles pour diriger les néophytes dans l'exercice de leur difficile profession.

C'est ainsi que ce grand homme travailla, pendant sa longue carrière, à élever la médecine à la dignité d'une mission sociale, et même jusqu'à la hauteur d'un véritable sacerdoce.

Cette union indissoluble de l'enseignement scientifique et de l'enseignement moral, qui forme un des traits caractéristiques de l'école de Cos, se conserve plus ou moins intacte dans le grand centre d'instruction médicale qui eut l'heureux privilége de recueillir le plus directement, de siècle en siècle, la succession de cette grande école.

Si je n'ai pas à rechercher ici ce qu'est devenue ailleurs cette bonne tradition de l'antiquité, au moins ne puis-je me dispenser de dire qu'aujourd'hui parmi nous elle n'existe plus guère que comme un vague souvenir historique.

Il serait assurément aussi utile qu'intéressant de remonter aux causes, soit générales, soit particulières, ou même purement locales, qui ont amené dans nos écoles modernes la complète décadence de cette partie de l'enseignement médical. Mais ce sujet, que j'ai traité ailleurs avec tous les développements qu'il mérite, ne pourrait trouver ici sa place en raison de son étendue. Je me bornerai à en indiquer la conclusion.

Puisque le temps n'est plus où un chef d'école pouvait, en vertu d'une suprématie incontestée, prendre à la fois la direction scientifique et morale de la médecine et se constituer en quelque sorte le maître, le guide et le patron de la jeunesse; comme, d'un autre côté, les efforts de quelques hommes bien intentionnés peuvent à peine entretenir parmi nous quelques faibles vestiges d'une bonne institution qui s'éteint; dans cette situation des choses, n'appartient-il pas au pouvoir qui préside à nos destinées de venir directement en aide à cette institution en dotant la Faculté d'un enseignement officiel qui viendrait combler la regrettable lacune existant dans son sein?

A Dieu ne plaise que nous demandions ici la création d'une chaire spéciale pour l'enseignement de la morale médicale! c'est une prétention qui serait trop exorbitante de notre part; il s'agirait seulement d'étendre les attributions de la chaire nouvelle qui vient de nous être promise dans une circonstance solennelle: ainsi, notre vœu se bornerait à ce que le futur professeur de philosophie médicale fût chargé d'enseigner, au moins accessoirement, ce qu'il y a d'important et de pratique dans la partie morale de la médecine; et cette concession, si minime qu'elle paraisse, serait encore pour la jeunesse un véritable bienfait.

La nécessité d'un semblable enseignement étant reconnue, appelez à ce poste honorable un homme jouissant de cette autorité qui s'attache au grand âge, au talent et à la vertu; que si vous avez le bonheur de posséder parmi vous ou un Pinel, ou un Hufeland, confiez à sa science et à son expérience la grande et belle mission de directeur et de mentor de la jeunesse; et de cette manière vous aurez mérité de la société tout entière, car il est une vérité qu'il ne faut pas craindre de dire hautement: c'est qu'un bon enseignement philosophique et moral est certainement, pour parler comme Bacon, le meilleur aromate qui puisse empêcher la médecine de se gâter et de se corrompre.

Mais il est temps d'arriver, sans plus de préliminaires, à l'ouvrage de M. Simon.

Cet ouvrage se présente à mes yeux avec un premier mérite que je m'empresse de lui reconnaître: c'est que, mieux que toutes mes paroles, il aura l'avantage de faire comprendre l'importance de l'enseignement moral qui nous manque, et que surtout il nous rendra le service d'y suppléer probablement encore bien longtemps.

Que si, pour parler de morale *ex cathedrâ*, en présence d'un public aussi ombrageux et aussi sceptique qu'on dit être le public médical, j'appelais tout à l'heure de mes vœux un homme considérable, tel qu'un Pinel, ou un Hufeland, est-ce à dire que pour écrire sur ce sujet on doive demander autant et regarder si haut? Non assurément. La chaire a ses exigences, comme un livre ses facilités.

Sans avoir ni l'autorité de l'illustre médecin français, ni l'expérience du Nestor allemand, il était donc permis de prendre l'initiative d'un travail sur la morale médicale. Que justice soit rendue à M. Simon; il était à la fois digne de concevoir et de réaliser cette œuvre, comme il était capable de la faire accepter.

En effet, un esprit distingué, un caractère droit, une âme naturellement élevée, venant s'allier à un culte sincère pour la science médicale, à un dévouement éprouvé pour

l'art, et surtout à un amour passionné pour l'honneur et la dignité de la profession, tels étaient les mobiles et tels étaient les titres qui se réunissaient pour solliciter et pour autoriser notre estimable confrère à tenter une exploration hardie dans le domaine inexploité de la morale médicale.

Ajoutons encore qu'écrivain habile, non moins que médecin instruit et considéré, il avait l'avantage d'apporter une plume exercée au service de son louable projet et de ses généreuses intentions.

Aujourd'hui l'épreuve est faite. L'ouvrage de M. Simon a réussi ; et c'est avec satisfaction que nous unissons notre voix à toutes celles qui ont déjà proclamé son succès.

Mais, comme c'est moins un éloge vague qu'une analyse critique que nous devons à l'auteur aussi bien qu'au public, nous allons essayer de donner une idée de son livre, en en faisant connaître successivement le plan, la méthode, la substance et l'esprit général.

Le plan de l'ouvrage est simple; à l'exemple de la plupart des traités généraux de morale, il repose fondamentalement sur la distinction de nos devoirs et de nos droits.

M. Simon range nos devoirs sous trois chefs principaux, tirés eux-mêmes de la considération des trois grands rapports qu'il croit devoir assigner à la profession médicale. — Il distingue en conséquence : 1° les devoirs des médecins envers eux-mêmes et envers la science; 2° les devoirs des médecins envers les malades; 3° les devoirs des médecins envers la société.

Après l'étude des devoirs, vient l'étude des droits des médecins : c'est le sujet du quatrième et dernier livre.

Cette division est-elle aussi complète qu'elle nous paraît naturelle? c'est ce que nous aurons à examiner ultérieurement. En ce moment nous ne voulons nous occuper que de la manière dont l'auteur a compris et réalisé la distribution des matières qui composent chaque livre en particulier, en un mot, de la méthode.

Il faut que je fasse ici un aveu. J'ai lu deux fois l'ouvrage de M. Simon avec un très vif intérêt, et pourtant, au moment de l'analyser, je me suis trouvé dans un réel embarras. A quoi cela tenait-il? Etait-ce la faute de l'auteur et du sujet, ou ne devais-je accuser ici que moi-même? Après réflexion, voici comment je suis arrivé à me rendre compte de ce double fait un peu contradictoire : c'est que, si dès l'abord il est impossible de méconnaître le sentiment moral qui a inspiré, qui domine et qui vivifie cet ouvrage, et surtout s'il est impossible de ne pas en subir l'heureuse influence, d'autre part, on regrette de n'y pas saisir avec le même bonheur une idée générale qui, telle qu'un fil invisible, mais sûr, pût guider le lecteur au milieu des parties très diverses qui composent chaque livre, et qui servît finalement à donner à tout l'ensemble, l'unité l'ordre et la force aussi bien que la clarté.

Aussi, faute de ce secours, il m'a paru que la distribution des matières avait été exécutée trop souvent d'une manière un peu arbitraire, et qu'il n'était pas toujours possible d'apercevoir la raison qui a fait placer tels ou tels chapitres ici plutôt que là, au commencement ou au milieu d'un livre plutôt qu'à la fin. En preuve de ce que j'avance, je ferai remarquer qu'il est permis de transposer un certain nombre de ces chapitres, et même d'en supprimer quelques-uns, sans nuire manifestement à l'ordonnance générale de l'œuvre.

J'ai dit que ce défaut d'enchaînement logique m'offrit pour l'analyse une difficulté. J'en prendrai occasion de marcher avec plus de liberté, c'est-à-dire que je me dispenserai de suivre pas à pas mon auteur, de le côtoyer pour ainsi dire chapitre à chapitre, louant celui-ci, critiquant celui-là, sans mérite pour moi, sans profit pour le lecteur.

Ma tâche se bornera donc, après avoir donné l'ensemble des matières composant chaque livre, d'en détacher et de mettre en relief quelques-uns des traits les plus caractéristiques et les plus propres à faire connaître l'esprit général de l'œuvre; et mon principal but aura été atteint si, cela fait, j'ai su inspirer à mes lecteurs le désir de remonter eux-mêmes à la source.

Le livre premier traite des devoirs des médecins envers eux-mêmes et envers la science.

On ne pouvait entrer dans le domaine de la morale médicale mieux que ne l'a fait M. Simon en établissant quels mobiles doivent guider le médecin dans le choix et dans l'exercice de sa profession.

Chacun de ces mobiles se trouve classé très sagement à son rang, c'est-à-dire suivant sa prééminence. C'est ainsi qu'avant tout et au-dessus de tout apparaît l'idée pure du devoir, ou, en d'autres termes, le dévouement à l'intérêt général, l'amour de l'humanité ou la philanthropie; par leur essence, de pareils mobiles ne peuvent appartenir qu'à des intelligences privilégiées et à des caractères d'élite; ils doivent donc être et ils sont exceptionnels.

Viennent ensuite des mobiles d'un ordre moins relevé, mais nobles encore dans leur principe, qui, par leur caractère mixte et mieux approprié à la nature humaine, constituent véritablement les mobiles du plus grand nombre ; tels sont la pitié, la commisération en face de la souffrance et tous les sentiments de ce genre pouvant se résumer dans un sentiment désigné sous le nom générique de sympathie. Mais, ainsi que le fait remarquer avec raison notre auteur, « ce sentiment, dérivant » en partie de l'impressionnabilité nerveuse, » s'épuiserait bien vite dans le cœur du méde- » cin par la continuité même de son action s'il » ne s'alimentait à une source à la fois plus » pure et plus féconde. Cette source, où la sym- » pathie doit incessamment se retremper, c'est » l'amour des hommes, c'est la charité. Si ce » sentiment, s'écrie ici M. Simon, devait un » jour périr dans le cœur humain, c'est dans » le cœur des médecins qu'on devrait en trou- » ver les derniers vestiges. » Belle parole qui ne perd rien à nos yeux pour n'être qu'un écho

fidèle d'une autre parole gravée dans la mémoire de tous.

Enfin, il est un dernier mobile qu'il ne faut pas passer sous silence, puisqu'il est très réel et très positif, et qu'il est loin surtout d'être exceptionnel : c'est la nécessité d'une profession, c'est l'intérêt personnel. Emanant du droit que tout homme possède d'appliquer les fruits de son activité à la satisfaction de ses besoins physiques et au soin de sa famille, ce mobile n'a certainement rien que de légitime et de respectable en soi. Mais, pour rester tel, il a besoin d'être contenu dans d'étroites limites ; et pour que ce principe d'action ne risque pas de se résoudre bientôt dans un froid et dur égoïsme, il importe qu'il soit réfréné et incessamment épuré au contact des sentiments plus nobles que nous avons mentionnés plus haut.

A ce sujet, nous nous rangerons complètement à l'avis de M. Simon. Il n'est pas le moins du monde indifférent que ce soit *pro fame*, ou même *pro famâ*, qu'on se détermine dans le choix de la profession médicale. Ni la faim, ni l'amour de la renommée, dit-il avec raison, ne sauraient être les muses de la science des souffrances humaines. Trop heureux celui qui aura la force de résister à ces deux mauvaises et impérieuses conseillères! En effet, sous leur inspiration exclusive, il est bien à craindre que la plus noble profession ne dégénère en un vil métier, en un sordide moyen d'exploitation ; il est à craindre surtout que le plus admirable instrument de la charité ne se convertisse en une arme des plus redoutables en tombant aux mains du père des égoïsmes, c'est-à-dire de celui qui peut commettre le mal presque impunément sous le masque et avec l'apparence du bien.

Mais, fait observer ici M. Simon, n'y a-t-il pas dans l'homme qui souffre une auréole de dignité, une majesté de tristesse qui élèvent l'âme au-dessus des mauvaises pensées et qui doivent rappeler le sentiment de la pitié et du devoir dans le cœur du médecin qui aurait oublié l'une et l'autre? Triste assurance, hélas! comme si le médecin auquel vous espérez faire partager vos nobles sentiments avait vos yeux pour voir ce spectacle et votre cœur pour en être touché. Prononcez ces paroles devant lui, il n'y verra que de la poésie, du romantisme, du mysticisme, et puis j'ai bien peur qu'il ne persiste plus que jamais à vous démontrer à sa manière *tout l'avantage qu'il y a à pratiquer consciencieusement l'égoïsme, et à poursuivre par toutes ses facultés l'unique but de la vie, l'unique bien, la volupté*, comprise au sens plus ou moins philosophique de la morale épicurienne!

Dirai-je qu'un des plus graves et des plus indispensables devoirs du médecin, c'est d'avoir foi en la médecine? En vérité, ce n'est pas sans quelque pudeur qu'on se décide à énoncer tout haut un tel précepte. Que si une foi vive n'est pas de rigueur pour le pur savant, une foi sincère est de pure nécessité pour le praticien. A notre avis, celui qui n'y peut pas arriver doit en conscience s'abstenir ; si on ne croit pas à la réalité de la science et à l'efficacité de l'art, peut-on être autre chose qu'un triste médecin? Il n'est pas question ici de ceux qui ne font que douter là où il faut douter, mais de ceux qui ne croient à rien. Parmi ces derniers, on doit distinguer ceux qui, pour une raison bonne ou mauvaise, s'efforcent de tenir leur plaie secrète, et ceux qui aiment à l'afficher et à en tirer vanité. A cet égard, que puis-je faire de mieux que m'associer à l'indignation généreuse avec laquelle M. Simon, s'armant des paroles de Cabanis, éclate contre ces médecins, « traitant leur profession de charlatanisme, les » connaissances qu'elle exige de frivole étalage, » ses devoirs de vaines simagrées; contre ces » médecins qui n'ont pas honte de faire pa- » rade devant leurs confrères, devant le mon- » de, devant leurs malades, de leur froide in- » crédulité ? » Et les autres, comment les caractériser, et que sont-ils? Des prêtres sans foi, répond notre auteur, d'indignes comédiens, dont la vie n'est qu'un continuel mensonge. Eh quoi ! « mentir en face de la vie, mentir en » face de la mort, mentir toujours, n'est-ce pas » là une conduite qui révolte et qu'aucune in- » tention ne saurait absoudre ? »

Mais, après avoir flétri le scepticisme pratique comme il le mérite, restait une tâche plus difficile et plus importante : c'était de lutter avec des raisons contre le scepticisme dogmatique. Cette tâche, M. Simon l'a comprise et il l'a abordée; mais il m'a semblé que, malgré la force de sa position et la solidité de ses arguments, il avait quelquefois donné prise sur lui en se tenant trop sur la défensive, au lieu de prendre résolument l'offensive comme il le devait et comme il le pouvait, en y apportant cette décision d'esprit dont ailleurs il a donné tant de preuves.

Sans avoir à fournir une démonstration régulière et complète de la certitude de la médecine, il importait d'établir ici d'une manière générale les bases principales sur lesquelles cette certitude repose. Je parle surtout de la certitude de la médecine considérée comme science. Ici la voie s'offrait toute tracée devant M. Simon qui n'a pas manqué de s'y engager, mais en faisant tantôt un pas en arrière, tantôt un pas en avant, et procédant à la manière d'un homme à demi convaincu.

Il y avait ici un point capital et décisif : c'était d'enlever tout d'abord à ses adversaires le grand argument tiré de l'instabilité de la médecine, et de s'en faire hardiment une arme contre eux. Il fallait dire et prouver que malgré toutes ces révolutions, qui sont et seront toujours la pierre de scandale des esprits faibles et superficiels, la médecine n'a jamais cessé d'être en possession d'un certain nombre de vérités fondamentales, et que ces vérités, par le fait de leur existence et de leur pérennité, suffisent à elles seules pour démontrer la certitude de la science et la réalité de l'art, et finalement pour désarmer le scepticisme. Sur ce point la médecine se trouve être identiquement dans la même position que la philosophie, dont certains sceptiques vont jusqu'à nier

l'existence. Or, les arguments de l'attaque étant les mêmes des deux parts, les moyens de défense de l'une peuvent s'appliquer exactement à l'autre.

C'est en vain, répond à nos communs adversaires un philosophe moderne, c'est en vain que vous simulez le tableau des agitations de la raison humaine, et que vous prétendez triompher de la diversité et de la contradiction des systèmes philosophiques. Pénétrez plus profondément dans cette prodigieuse variété de spéculations et de systèmes, et vous la trouverez soumise à des lois. La raison est flottante et mobile, j'en conviens; elle oscille autour d'un centre d'où elle peut s'écarter sans doute, mais il faut toujours qu'elle y revienne malgré ses plus grands écarts. Le centre fixe et immobile, ce sont les vérités fondamentales dont Dieu a pour ainsi dire composé le fond de toute conscience humaine.

Quant à découvrir ces bases solides sur lesquelles repose indestructiblement la médecine, et à trouver ces principes vraiment immuables autour desquels les différents systèmes peuvent osciller, mais pour y revenir tôt ou tard, c'était là un travail ardu que M. Simon n'avait pas à accomplir de son chef, surtout incidemment. Mais ce dont il ne pouvait se dispenser, c'était de dire que fort heureusement ce travail n'est plus à faire, puisqu'il existe, non pas achevé et complet, mais tout au moins à l'état de très suffisante ébauche. Assurément c'était bien de nommer à cette occasion l'historien Barker; mais c'eût été mieux encore de citer ensuite le professeur Lordat; et, comme réponse aux sceptiques qui nient la science médicale, à donner la substance, que dis-je, mentionner seulement le titre de ce livre cher à tout médecin vitaliste, livre que M. Simon, moins que tout autre, devait ne pas méconnaître, ou ne pas passer sous silence. Peut-être M. Simon répondra-t-il que ce livre lui est parfaitement connu, je le crois volontiers; qu'il a puisé là quelques-uns de ces meilleurs arguments, je l'en félicite; qu'il y a même fait allusion, je le désire; mais encore est-il qu'en cette occasion une mention très directe n'était pas de trop, et que de plus il eût été ici d'un bon exemple de voir un médecin de l'école de Paris rendre à la fois justice à Montpellier, et hommage au digne héritier de Barthez!

J'arrive maintenant au livre deuxième qui traite des devoirs des médecins envers les malades.

Comme les services des médecins sont, dans la réalité, nombreux, étendus et difficiles, il importait de ne pas les outrer, et surtout de n'en pas créer comme à plaisir. Or, peut-être M. Simon, dans son ambition légitime de voir réaliser le médecin parfait et idéal qu'il aimait à rêver, n'a-t-il pas su toujours se tenir en garde contre une exagération d'autant plus excusable et d'autant plus naturelle qu'elle prenait sa source dans d'excellentes intentions. Citons des exemples.

Il est pour le médecin une obligation essentielle, c'est de ne pas refuser les secours de son art à celui qui vient les réclamer. Voilà un principe incontestable sans doute; mais est-il d'une vérité absolue, et ne comporte-t-il ni aucune distinction ni aucune restriction?

Le médecin qui, par vocation ou par suite d'une détermination quelconque, s'est posé ostensiblement comme ministre de l'art ou comme praticien, a passé une sorte de contrat tacite avec la société qui compte sur lui, comme lui sur elle; il a abdiqué vis-à-vis du public une partie de sa liberté, en se constituant en quelque sorte le serviteur de tous, pauvres ou riches; car sa fonction reconnue et pour ainsi dire convenue, c'est d'être incessamment prêt à répondre à l'appel qui lui sera adressé par tout individu qui aura besoin de son bienfaisant ministère. J'accepte tout cela, dans certaines limites et avec certaines conditions qu'il est inutile d'indiquer ici.

Mais vient maintenant une autre question. Tout homme, par ce seul fait qu'il a des connaissances médicales et qu'il a reçu ou plutôt conquis un diplôme, a-t-il contracté vis-à-vis de la société une dette à laquelle il ne lui soit pas permis de se soustraire; et désormais ne lui est-il plus loisible de rester un savant, rien qu'un savant? A cette dernière question M. Simon répond formellement par la négative.

« Ce n'est pas sans doute, dit-il, qu'une loi » positive contraigne le médecin plutôt que » tout autre citoyen à suivre la carrière pro- » fessionnelle que lui ouvre le titre légal dont » il est revêtu; mais si la loi lui permet de faire » de la science médicale une simple spécula- » tion de l'esprit, la raison publique, qui ne » voit dans la science qu'un instrument de » bienfaisance et de charité, se montre plus » sévère que la loi, et condamne hautement le » médecin qui, pouvant semer tant de bien- » faits autour de lui, captive dans son intelli- » gence égoïste les lumières d'une science sté- » rile. C'est là, ajoute notre auteur, un admi- » rable privilége, et qui rend manifestes l'im- » portance et la dignité de la profession. »

Quant à moi, je réponds que ce privilége, s'il en était ainsi, rendrait encore plus manifestes deux choses, savoir : une servitude insupportable pour le médecin et une prétention inique de la part de la société. Non, jamais M. Simon, appuyé ou non de ce qu'il appelle si bénévolement la raison publique, ne nous fera accepter une doctrine qui tend à nous ramener, à son insu sans doute, à la doctrine des castes.

Sans doute il n'est pas permis à un médecin, même à celui qui n'exerce pas ostensiblement la médecine, de refuser ses soins à qui les réclame pour un cas d'urgence, par la raison que tout homme, médecin ou non, doit porter aide et secours à tout individu en péril; mais de là à se vouer corps et âme à toutes les nécessités de la pratique journalière, fût-ce même sans vocation décidée, *et invitâ Minervâ*, je dis qu'il y a une différence extrême.

Pourquoi une exception, et pourquoi tant

d'exigence à l'égard du médecin ? Est-ce que, comme savant, il n'a pas droit à la même solitude que le chimiste, que le naturaliste, et dont vous déclarez le cabinet inviolable? Pourquoi cette manière indirecte d'immoler le penseur, ou le médecin spéculatif, comme vous l'appelez, à la plus grande gloire du médecin qui se voue à l'exercice de la profession? Est-ce que Stahl, sans quitter la solitude de son cabinet, est-ce que Haller, sans sortir de son laboratoire, étaient indignes de rivaliser, pour la grandeur des services rendus, avec tel ou tel fameux praticien de leur temps, le plus en faveur auprès de la raison publique ?..

Quoi qu'on veuille et quoi qu'on dise, il y a et il y aura toujours deux classes de médecins, les médecins-savants et les médecins-artistes : les uns et les autres sont également nécessaires; leurs fonctions sont et doivent être distinctes; je dis plus, elles sont même le plus souvent incompatibles ; la raison le dit, et l'expérience le prouve. Quant à moi, parmi les médecins, je ne considère comme dignes de blâme, et comme comptables vis-à-vis de la société, que ceux qui n'utilisent pas ou qui utilisent en mal les facultés dont les a doués la nature.

En résumé, c'est pousser le devoir jusqu'au rigorisme; bien plus, c'est aller à l'encontre des véritables intérêts de la société, que de condamner tout médecin à la vie active et dévorante du praticien. En effet, forcez Stahl à laisser là ses spéculations, comme Haller ses expérimentations, et voilà la postérité deshéritée de chefs-d'œuvre immortels, pour ne recueillir en échange que le souvenir de la médecine expectante de l'un, et de la chirurgie trembleuse de l'autre. Et puis encore, si la doctrine de M. Simon est rigoureusement vraie, voilà plus d'un moderne Perrault condamné à rester toute sa vie *mauvais médecin*.

Il y a encore quelque peu de rigorisme à vouloir imposer au médecin une parfaite égalité de soins, une complète impartialité de dévouement à l'égard de tous les malades, quels qu'ils soient ; il y a là une exigence que je trouve fort au-dessus des forces de l'homme et du médecin. Aussi, au risque d'être accusé de faiblesse, je me rangerai ici à l'opinion de Cabanis, et j'accorderai très naturellement avec lui que, si les médecins peuvent se permettre quelques aceeptions de personnes, c'est en faveur des bienfaiteurs de la patrie, en faveur des sages qui l'instruisent et des artistes qui l'honorent.

Du reste, peut-être n'est-il pas inutile de faire remarquer que M. Simon, à qui cette légère concession répugne, n'a pas au fond une âme aussi stoïque qu'il en a l'air ; ainsi, pour ma part, j'aime à le voir, dans l'occasion, laisser fléchir son principe en faveur d'une mère réclamant des soins privilégiés pour son enfant; et même je ne lui tiendrai pas rigueur s'il se trouve que cette mère s'appelle Marie-Antoinette, et cet enfant le dauphin de France.

Tout le monde connaît la réponse faite par Antoine Petit à la reine, réponse tant admirée par Mirabeau, précisément pour la haute *impartialité* qui la caractérise. M. Simon la blâme très sévèrement et avec raison, car elle était rude, brutale même, mais elle n'était ni cruelle, ni lâche, comme on l'en accuse. En plaçant en 1791 cette scène qui s'était passée quelques années plus tôt, M. Simon commet une erreur de date capitale, puisqu'elle l'induit à commettre une injustice involontaire. En effet, comme alors A. Petit s'adressait à la reine de France, encore dans tout l'éclat de sa grandeur, et nullement dans le déclin de sa fortune et de sa puissance, il serait permis de voir quelque courage là où M. Simon a trouvé de la lâcheté. C'est une indignité dont A. Petit était certainement incapable; c'est pourquoi j'ai tenu à rétablir les faits et à justifier la mémoire de cet homme de cœur et de bien!..

Cela dit, je rentre dans mon sujet.

(*La fin au prochain numéro.*)

H. THIRIAL, D. M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

I. *Anthropologie* ou étude des organes, fonctions et maladies de l'homme et de la femme, comprenant l'anatomie, la physiologie, l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique ; avec un atlas de 20 planches d'anatomie. Ouvrage destiné à répandre les connaissances médico-chirurgicales, par Antonin Bossu, D.-M.P., médecin de l'infirmerie Marie-Thérèse, auteur du *Nouveau Compendium médical*, à l'usage des médecins praticiens; 2 vol. in-12, à Paris, au comptoir des imprimeurs-unis, Comon et Cᵉ, quai Malaquais, 15. — L'auteur, dans l'avant-propos de son livre, déclare à ses lecteurs qu'il n'a pas la prétention de faire d'eux des médecins. Ce qu'il désire, dit-il, c'est : 1° que les gens du monde sachent un peu de médecine, de véritable médecine, comme ils savent un peu de chimie, de physique, d'astronomie, et qu'ils puissent suivrent les progrès de la science de l'homme; 2° que les hommes de l'art possèdent un traité d'ensemble qui puisse leur servir de guide dans la pratique difficile de la médecine. La première de ces deux conditions nous a paru aussi bien remplie que possible, si toutefois on peut se faire par les seules lectures une idée spéculative tant soit peu juste de la médecine. Nous n'avons pas, du reste, à agiter ici la question de savoir s'il convient de faire de ces sortes de livres pour les personnes qui n'ont fait aucune étude pratique. Nous croyons qu'ils n'offrent pas les dangers que certains médecins seraient tentés de leur attribuer, et qu'ils peuvent même, à quelques égards, être utiles aux personnes étrangères à la médecine, en les convainquant des difficultés attachées à l'exercice de notre art et en leur faisant voir les dangers qu'il y a pour les profanes à mettre les mains sur l'arche sainte. Quant à la seconde condition que c'est proposée l'auteur, nous croyons que le second volume de son livre peut, en effet, être de quelque secours aux élèves auxquels il

le dédie pour repasser rapidement les matières d'un examen.

II. *Traité d'anatomie humaine*, ou description méthodique de toutes les parties du corps humain, considérées dans leurs caractères généraux (anatomie générale) et dans les caractères particuliers à chacune d'elles (anatomie descriptive); avec notes comprenant la synonymie, l'étymologie, l'historique, les variétés et anomalies, l'anatomie comparative, la pathologie, les expériences, observations, hypothèses, opinions diverses, etc.; par J.-B.-F. FROMENT, ancien aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux civils. *Névrologie*, 2 forts vol. in-8°, à Paris, chez Méquignon-Marvis fils. — Cet ouvrage, qui sera très volumineux, puisque la névrologie seule en comprend deux forts volumes, est néanmoins coordonné de telle manière qu'il puisse convenir également à ceux qui veulent faire de l'anatomie une étude spéciale et approfondie et à ceux qui ne veulent pas consacrer à cette science un temps plus long que ne l'exige l'étude des faits directement applicables à la médecine et à la chirurgie. Ainsi, l'auteur présente, en première ligne, l'exposition simple autant que fidèle de l'état précis des organes. A cette description principale, ensuite, et comme une sorte de complément scientifique, réservé particulièrement à l'anatomiste, il ajoute les détails accessoires et toutes les notions purement théoriques, comprenant dans leur ensemble une seconde partie. D'après ce principe, M. Froment divise chaque description en deux parties, l'une principale, l'autre, pour ainsi dire, complémentaire, dont les objets sont indiqués en tête de l'ouvrage, sous le titre des notes. Dans la partie principale, chacune des descriptions comprend toujours trois grandes sections distinctes, suivant trois points de vue différents et successifs qui sont : 1° l'étude des organes considérés en eux-mêmes; 2° l'étude de leurs rapports; 3° l'étude de leurs fonctions ou la physiologie.

Entrepris sur le plan le plus vaste qui ait été encore conçu en France pour la science anatomique, l'ouvrage de M. Froment nous paraît appelé à pouvoir rivaliser avec l'encyclopédie anatomique.

III. *Manuel de matière médicale, de thérapeutique comparée et de pharmacie*; par le docteur A. BOUCHARDAT, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien de l'Hôtel-Dieu; deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée; 1 vol. gr. in-18 de plus de 900 pages; chez Germer-Baillière. — L'auteur, dans sa préface, tout en se félicitant de l'importance qu'acquiert chaque jour l'étude de la chimie organique, regrette que la pharmacologie se trouve de fait supprimée de l'enseignement médical de la Faculté de Paris. Il fait sentir à cette occasion que la nécessité de solides études pharmacologiques devient de plus en plus évidente. Une ordonnance exige des jeunes pharmaciens le grade de bachelier ès lettres et des connaissances scientifiques plus étendues. Ce nouvel ordre de choses, dit M. Bouchardat, aura pour effet, dans un temps qui ne saurait être éloigné, de diminuer considérablement le nombre des pharmaciens. Ce vide sera nécessairement rempli dans les campagnes par les médecins; d'où l'auteur conclut qu'il est indispensable d'instituer pour tous les élèves qui se destinent à l'exercice de la médecine des cours sérieux de pharmacologie pratique. M. Bouchardat, un des hommes les plus laborieux et les plus pratiques que la science possède, a jugé à propos, pour travailler dans le sens qu'il indique, de publier la seconde édition de son ouvrage de matière médicale qu'il a refondu dans son entier et revu dans toutes ses parties pour en faire un manuel commode où l'élève trouvera réunies les notions qui lui sont indispensables sur les médicaments simples et composés. Il a introduit dans la pharmacologie un principe nouveau, celui de comparaison; il a pensé que si l'on étudie l'action des médicaments, non-seulement sur l'homme, mais aussi sur des êtres bien choisis dans la série, on voit surgir de cette étude des vérités à la fois neuves et fécondes.

IV. *Annuaire de thérapeutique et de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie, pour* 1846; par le docteur A. BOUCHARDAT; 1 vol. in-32 de 352 pages; chez Germer-Baillière. — Cet annuaire contient un résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1845 et les formules des médicaments nouveaux; il est suivi de recherches sur des cas rares de chimie pathologique, et d'un mémoire relatif à l'action des poisons et des substances diverses sur les plantes et les poissons. En suivant l'exécution du plan qu'il s'était tracé chacune des années précédentes, l'auteur a dépassé beaucoup les bornes ordinaires de son livre; mais il a cru satisfaire à toutes les exigences en imprimant à part un *supplément* où se trouvent la plupart des mémoires qu'il devait publier. Voici ce qu'il y a de plus saillant dans le présent annuaire : d'abord des remarques sur les indications et les contre-indications des opiacés dans les maladies de l'appareil digestif, sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la belladone, de l'aconit, du colchique, de la vératrine. M. Bouchardat parle ensuite des abus que l'on fait du seigle ergoté. Il consacre des articles généraux aux ellébores, aux alcooliques, aux caféiques et aux balsamiques. Une partie importante de l'annuaire est consacrée à l'étude des térébenthines et de leurs essences. M. Bouchardat a analysé les travaux divers qui ont trait à la digitaline.

V. *Supplément à l'annuaire de thérapeutique*, etc., *pour* 1846; par le docteur A. BOUCHARDAT, etc.; 1 vol. in-32, en tout pareil au précédent; chez Germer-Baillère. — Les travaux contenus dans ce supplément sont importants. Le volume commence par trois mémoires sur les fermentations. L'auteur avertit à

l' avance qu'on n'apercevra pas là, de prime abord, des faits applicables à la pathologie et à la thérapeutique; mais il a la ferme conviction que, lorsque les questions qui se rattachent à ce vaste sujet seront mieux éclairées, les médecins y trouveront des explications naturelles de faits dont jusqu'ici on ne pouvait aborder l'interprétation, et le traitement de beaucoup de maladies deviendra, il l'espère, plus rationnel et plus certain. On trouve dans ce supplément : 1° un mémoire sur la digestion des substances sucrées et féculentes, et des recherches sur les fonctions du pancréas, par MM. Bouchardat et Sandras ; 2° un mémoire sur le diabète sucré ou glucosurie ; 3° une note sur les moyens de déterminer la présence et la quantité de sucre dans les urines; 4° une notice sur le pain de gluten; 5° une note sur la nature et le traitement physiologique de la phthisie. Nous reviendrons sur ces intéressantes questions.

Revue des journaux français et belges.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE.

Guérison d'abcès par congestion.—M. Alphonse ROBERT paraît avoir guéri un cas de ce genre dans les circonstances suivantes :

OBS. — Un homme âgé de 25 à 30 ans, de bonne constitution, habituellement bien portant, est entré à l'hôpital Beaujon pour un abcès par congestion du volume de la tête d'un enfant, situé à la partie interne et supérieure de la cuisse droite. Les téguments de cette région étaient encore intacts. Les commémoratifs portaient fortement à présumer que le pus, qui refluait dans le bassin par dessous l'arcade crurale, provenait d'une lésion des vertèbres lombaires, quoiqu'il n'existât dans cette région ni douleur à la pression, ni déformation des apophyses épineuses. La tumeur faisait tous les jours des progrès. M. Robert abandonna les choses à la nature, tout en surveillant le malade et en traitant la constitution par les amers. La tumeur a fini par crever sur deux points à la fois à son centre, et il s'est écoulé un flux énorme de pus. Le lendemain, comme la poche purulente offrait déjà une odeur infecte, M. Robert y pratiqua une injection avec une solution de nitrate de plomb, liquide récemment préconisé comme un excellent désinfectant, mais qui a complètement échoué dans cette circonstance. Le chirurgien a eu alors recours à une injection chlorurée (solution à 1/8 de chlorure de chaux), et l'odeur infecte a été enlevée à l'instant même. La même injection a été répétée par précaution le lendemain, en remplissant seulement le foyer extérieur, de peur de franchir l'arcade crurale. L'injection n'a fait qu'entrer et sortir ; cependant la fétidité a dès lors disparu sans retour, et, chose remarquable, le pus, qui était d'abord très séreux et très abondant, est devenu de suite crémeux, inodore, et de moins en moins abondant. Les parois du foyer se sont affaissées, et celui-ci s'est trouvé converti en tumeur mollasse marchant vers l'oblitération. Les deux ouvertures spontanées existent toujours; mais elles sont affaissées, comme valvulaires, et ne laissent échapper depuis quelque temps que de la sérosité l'impide et en si petite quantité, qu'elles mouillent à peine les compresses du pansement. Ce malade peut donc être considéré comme guéri.

M. Lisfranc, après avoir pendant longtemps traité les abcès par la large ouverture du foyer et les applications abondantes de sangsues, est revenu dans ces derniers temps au système de l'expectation et à l'ouverture spontanée ; mais pendant cette expectation, ainsi qu'après l'ouverture, il prescrit l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur, jusqu'au maximum de tolérance, et il paraît obtenir ainsi d'excellents résultats. Il faisait voir dernièrement à la Pitié quatre ou cinq cas d'abcès par congestion, dont deux étaient guéris exactement comme celui de M. Robert; les deux autres étaient encore en traitement, et déjà en très bonne voie. Chez les deux individus qu'il considérait comme guéris, le foyer externe s'était converti en un nœud demi-solide, et l'ouverture, restée fistuleuse, ne donnait qu'à peine un peu de sérosité. M. Lisfranc assure avoir également guéri de la sorte une demoiselle en ville appartenant à une famille haut placée.

(*Numéro de novembre* 1845.)

Du tartre stibié dans quelques accidents de la phthisie. — Doctrine italienne sur ce point. — M. BRIQUET, médecin de l'hôpital Cochin, traite en ce moment dans son service plusieurs individus tuberculeux à divers degrés, à l'aide du tartre stibié, dissous dans un pot de tisane à la dose de 5 à 10 centigr. par jour, et continué aussi longtemps que la tolérance le permet. Les malades soumis à cette méthode sont âgés de 20 à 50 ans, d'un embonpoint encore passable, d'un teint blanchâtre, à chair molles ; leur tuberculisation est, en général, à la seconde période, s'accompagnant de toux incessante, de fièvre quotidienne chez la plupart, de sueurs nocturnes et d'amaigrissement progressif. On a commencé chez eux l'administration du tartre stibié, d'abord à la dose de 2 ou 3 centigr., puis, de plus en plus, jusqu'à 10 centigr. par jour, et avec une tolérance parfaite, sans vomissements ni dévoiement. Chez la plupart, cependant, on n'a pu dépasser la dose de 5 centigr.; des nausées se manifestaient au delà de cette quantité. Quelques-uns ont présenté des envies de vomir pendant les premiers jours, puis la tolérance a été établie par la continuation du remède lui-même, et ils ont pu en supporter consécutivement jusqu'à 10 centigr. par jour. Le remède était donné le soir par petites doses répétées, précisément aux épo-

ques où les accès de toux et de fièvre s'exaspèrent ordinairement chez les phthisiques. Presque tous ces malades se sont parfaitement trouvés de ce remède : la fièvre, la toux, les sueurs ont disparu en grande partie sous son influence ; le pouls et les forces se sont relevés; l'état général s'est, en un mot, manifestement amélioré au bout de deux, trois ou quatre semaines de ce traitement qu'on suspend de temps en temps pour le reprendre ensuite.

M. Rognetta commente ces faits de la manière suivante, dans son journal que l'on peut considérer comme représentant la doctrine italienne en France. Il établit d'abord en principe, ce qu'on croira sans peine, que le médecin de l'hôpital Cochin n'a point la prétention de guérir par ce traitement la constitution mécanique de la phthisie, les tubercules. Mais la présence des tubercules, ajoute M. Rognetta, provoque une phlogose sourde dans le parenchyme des poumons, dans les extrémités bronchiques et surtout dans les nombreuses artères de la poitrine; de là, selon lui, des symptômes d'artérite capillaire thoracique, caractérisable par la fièvre et les sueurs nocturnes, etc. Combattre efficacement une pareille condition dynamique, c'est paralyser, en quelque sorte, la marche de la phthisie, bien que le fond tuberculeux persiste toujours ; ce fond n'est d'ailleurs pas irréconciliable avec la continuation de la vie dans la grande majorité des cas. M. Rognetta pense aussi que la phlogose sourde (bronchite capillaire) n'est pas elle-même étrangère à la production des tubercules. Les moyens véritablement capables d'attaquer avantageusement la condition dynamique de la phthisie sont les hyposthénisants cardiaco-vasculaires de l'école italienne, savoir, le tartre stibié, le sulfate de quinine, la digitale, le carbonate de fer, la scille, l'acétate de plomb, et plus particulièrement le seigle ergoté à fortes doses et diversement combiné avec les remèdes précédents, avec les vésicatoires volants cantharidés, etc. M. Rognetta prétend avoir ainsi *arrêté* des phthisies dans des périodes inespérées; les malades se sont rétablis à l'aide de ces remèdes donnés hardiment à doses répétées jusqu'à la tolérance, ce qui, dit-il, n'entraîne absolument aucun danger.

(*Numéro de décembre* 1845.)

Abcès froid; *injection iodée*; par M. JOBERT (de Lamballe).—Un homme d'une quarantaine d'années portait à la nuque un abcès froid du volume des deux poings ; M. Jobert l'a ponctionné avec un trois-quarts, et, après l'avoir vidé, il y a injecté de la teinture d'iode pure. La guérison s'est promptement effectuée et sans le moindre accident. Un pareil abcès, beaucoup plus volumineux, situé à la face postérieure de la cuisse, a été traité et guéri de la même manière dans le même hôpital. Dans ces deux cas, le kyste s'est solidifié après l'injection en offrant au toucher une matière mollasse et comme couenneuse.

(*Ibid.*)

Paralysie de l'avant-bras guérie par l'acupuncture; observation prise à l'Hôte-Dieu dans le service de M. BLANDIN.—Un homme de quarante ans environ, habituellement bien portant, dut soulever, il y a quelques semaines, une lourde pièce de mérinos mouillé, pesant 80 kilogrammes. A l'instant il sentit sa main droite céder d'impuissance, et un engourdissement s'étendre dans l'avant-bras correspondant. Dès ce moment sa main et son avant-bras sont restés complètement paralysés tant du sentiment que du mouvement. On lui a appliqué pendant une quinzaine de jours de larges vésicatoires volants que l'on a saupoudrés avec de la strychnine ; mais l'on n'a obtenu aucun résultat.

M. Blandin s'est alors décidé à tenter l'acupuncture. Il a introduit une aiguille sur la face dorsale du coude à l'endroit où le nerf cubital se contourne entre l'olécrane et le condyle de l'humérus ; une autre aiguille a été introduite en avant, dans la direction du nerf radial. Ces aiguilles ont été tournées entre ses doigts afin qu'elles pussent mieux filer jusqu'aux cordons nerveux, et elles ont été laissées en place de cinq à dix minutes. Le malade n'a rien senti au moment de leur introduction ; bientôt ensuite il a accusé une sensation d'engourdissement dans les deux derniers doigts et quelques légers mouvements s'y sont alors manifestés. Un pareil phénomène s'est montré aussitôt après dans le radial, et le patient a pu faire bouger légèrement le pouce et l'indicateur. Les aiguilles ont alors été retirées. Le lendemain le malade pouvait déjà étendre légèrement les doigts et le poignet. La motilité n'a pas cessé depuis de faire des progrès et le huitième jour les doigts et la main sont assez aisément remués. La sensibilité avait reparu à la peau.

L'amélioration en est toutefois d'abord restée là, et ce *statu quo* durait depuis un mois, lorsque M. Blandin a voulu tenter une seconde acupuncture. Cette fois, il a porté l'aiguille sur le nerf médian au milieu du bras en écartant l'artère avec ses doigts. L'effet de cette seconde séance a été aussi merveilleux que celui de la première, le membre ayant recouvré la motilité et le sentiment dans toute leur étendue. Cet effet a suivi l'acupuncture de si près qu'il est impossible de le rattacher à une autre cause. Cet homme est aujourd'hui attaché comme infirmier au service de l'Hôtel-Dieu.

(*Nos de novembre et décembre* 1845, *janvier* 1846.)

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Sur un préjugé relatif au traitement des affections cutanées; par M. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Ce préjugé, que l'auteur s'attache à combattre, est que le printemps et l'été sont les seules saisons où l'on puisse efficacement se livrer à la thérapeutique des maladies de la peau. M. Devergie démontre dans sa note : 1° qu'il est des

maladies cutanées qui se développent, les unes dans la saison chaude, les autres durant la saison froide, maladies qui doivent être traitées à leur début; 2° que le médecin peut disposer pendant la saison froide de ressources bien plus nombreuses et de moyens plus efficaces. Nous ne nous arrêterons qu'au second point.

En hiver, dit M. Devergie, nous avons à notre disposition tous les agents médicamenteux, à l'exception des dépuratifs dits jus d'herbes, et des eaux minérales prises aux sources. Entrant dans quelques détails sur les divers agents thérapeutiques que nous possédons, l'auteur montre qu'il est plus facile de les administrer en hiver, qu'ils sont mieux supportés par les malades et qu'ils conduisent à de meilleurs résultats.

Et d'abord, pour ce qui est de la *médication externe*, M. Devergie fait observer que la peau jouit en été d'une sensibilité qu'elle n'a pas en hiver, à l'état sain comme à l'état de maladie; de là la nécessité d'employer des pommades moins actives, des lotions moins énergiques, des bains médicamenteux à un moindre degré. Les bains de vapeur affaiblissent, les fumigations fatiguent, les bains excitants un peu chauds raniment les démangeaisons. Y a-t-il lieu de provoquer des sueurs artificielles lorsque la peau, sous l'influence de la saison, sécrète déjà une énorme quantité de sueur?

En hiver, au contraire, la peau, grâce à l'impression du froid, perd une partie de sa sensibilité. Les solutions irritantes, les caustiques peuvent être appliqués à titre de modificateurs sans qu'on craigne les réactions inflammatoires. On peut doubler la dose médicamenteuse des pommades. C'est en hiver particulièrement que se fait sentir toute la puissance d'influence d'un bain de vapeur sur une peau depuis longtemps sèche et aride, celle également d'une fumigation aromatique ou sulfureuse.

L'impression défavorable que la peau reçoit en été des médicaments externes, la muqueuse digestive l'éprouve des agents de la *médication interne*. On ne peut, pendant la saison chaude, administrer ces derniers qu'à petites doses, parce que les forces digestives sont diminuées alors. M. Devergie a pour habitude de purger une fois la semaine, en été, les individus affectés des maladies sécrétantes cutanées. En hiver, il n'hésite pas à répéter ces purgations douces deux fois la semaine; il diminue ainsi la durée du temps nécessaire à la guérison.

Une dernière considération que fait valoir M. Devergie, c'est que le médecin, en restant spectateur oisif des maladies de la peau pendant l'hiver, non-seulement ne guérit pas, mais encore place le malade dans des conditions de chronicité beaucoup plus fâcheuses pour un traitement ultérieur.

(*N° de décembre* 1845.)

Sur le traitement abortif du muguet par l'emploi local de l'acide hydrochlorique pur; par M. Is. Coudray, docteur-médecin à Mazan (Vaucluse).—L'auteur pense que le principal danger du muguet, principalement de la forme pseudo-membraneuse, réside beaucoup plus dans l'état local, dans la formation des fausses membranes ou des ulcérations, que dans les phlegmasies concomitantes dont les auteurs énumèrent si complaisamment la liste, comme la gastrite, l'entérite, etc. Ces complications ont presque toujours pour lui leur point de départ dans la stomatite, et c'est là qu'il faut dès le début diriger les efforts de la thérapeutique. On a préconisé diverses applications locales émollientes ou légèrement irritantes; mais ces moyens, qui peuvent être bons dans la forme ulcéreuse, ne sont pas d'un grand secours dans le muguet confluent ou malin, alors que les plaques pseudo-membraneuses se rapprochent. La solution concentrée de nitrate d'argent paraît alors indiquée. Mais M. Coudray pense qu'on doit encore lui préférer l'acide hydrochlorique pur comme agent de substitution. Un pinceau de charpie fixé sur un morceau de bois et trempé dans l'acide hydrochlorique pur est aussi plus maniable que le crayon de nitrate d'argent. Lorsqu'on aurait affaire à une membrane muqueuse nue, on aurait soin de mitiger l'action de l'acide hydrochlorique en l'étendant de partie égale ou du tiers de son poids d'eau.

M. Coudray cite à l'appui de ces idées deux cas, l'un de stomatite couenneuse, l'autre de stomatite ulcéreuse, dans lesquels la maladie a été pour ainsi dire signalée dans son principe par la méthode abortive qu'il propose.

Il a soin, toutefois, en terminant, de faire observer que le muguet se développe quelquefois sous l'influence de certaines circonstances contre lesquelles il faut lutter. Ce n'est évidemment pas là le cas de cautériser.

Pour notre part, terminons en disant que le moyen préconisé par l'auteur n'est pas nouveau. Mais l'indication telle qu'il la précise est bonne à rappeler. (*Ibid.*)

Formule d'un topique odontalgique efficace. — Il s'agit ici d'une pâte alumineuse éthérée que l'on prépare en versant sur du sulfate d'alumine en poudre une suffisante quantité d'éther nitrique pour en faire une pâte molle. On prend, avec l'extrémité d'une petite tige de bois aplatie, un peu de cette pâte et l'on en remplit le trou de la dent. Cette application, que l'on peut répéter au besoin au bout d'une demi-heure, enlève ordinairement la douleur. Elle n'irrite pas les gencives comme la créosote et les teintures concentrées. Il est même utile d'en mettre une légère couche sur les gencives lorsqu'elles sont congestionnées ou douloureuses. Avec de la persévérance dans l'emploi de ce seul topique, plusieurs personnes sont parvenues à rendre indolores et à conserver plusieurs années encore des dents profondément altérées. (*Janvier* 1846.)

REVUE MÉDICALE.

Cancer de l'orbite, en état de récidive, extirpé avec succès; par M. le docteur de DROULLIN, de Lisieux.—Le sujet de cette observation est un homme de quarante-cinq ans qui portait, il y a deux ans, une petite tumeur noirâtre, de la grosseur d'un pois, située sous le milieu de la paupière supérieure droite. Cette tumeur acquit en deux mois le volume d'une fève de marais, et fut alors enlevée par un médecin. Le mal se reproduisit sept mois après, et fut confié aux soins d'un empirique qui le traita par les applications d'un caustique que l'on croit avoir été le sublimé corrosif. La tumeur fit de rapides progrès, et en huit mois elle atteignit le volume d'une grosse pomme. Elle était ulcérée, d'un aspect horrible et était le siége de douleurs lancinantes que des hémorrhagies assez fréquentes pouvaient seules calmer. Le malade était réduit au marasme lorsqu'en désespoir de cause il consulta M. de Droullin le 23 décembre 1844. Une seconde opération fut pratiquée le 26 du même mois. La paupière inférieure qui était malade fut comprise dans l'ablation de la tumeur orbitaire. Il survint un petit écoulement de sang artériel qui fut arrêté au moyen de l'introduction de bourdonnets de charpie dans l'orbite. Aucun accident sérieux ne suivit l'opération.

Le quatrième jour, l'appareil fut levé; les chairs du fond de l'orbite étaient violacées, d'une mauvaise couleur. M. de Droullin fit alors préparer une pâte avec parties égales de farine et de chlorure de zinc et il couvrit toute la surface de la plaie d'une couche légère de cette composition qu'il enleva au bout d'une heure. L'eschare se détacha le douzième jour, et la plaie, devenue déjà d'un beau rose, marcha régulièrement vers la cicatrisation, qui ne fut cependant complète qu'au bout de deux mois. Le malade a repris toute sa force et tout son embonpoint, et il ne s'est, jusqu'à présent, manifesté aucune apparence de reproduction de la maladie.

M. le docteur de Droullin est porté à penser que la permanence de la guérison est due à l'emploi de la cautérisation. Il croit avoir remarqué beaucoup moins de récidives depuis qu'il a adopté cette pratique comme règle générale à la suite des extirpations de cancer qu'il est appelé à pratiquer. (*N° de décembre* 1845.)

LA CLINIQUE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Pertes séminales (extrait du compte-rendu de la clinique chirurgicale de M. le professeur BOUISSON).—Une des causes qui rendent cette affection le plus opiniâtre, c'est la présence des ascarides dans le rectum. Toutes les irritations chroniques de cet intestin et la constipation elle-même produisent aussi le même effet. Un homme âgé de 30 ans environ, affecté depuis quelque temps de pertes séminales et couché à la salle Saint-Jean, ayant présenté des signes de l'existence d'ascarides dans le rectum, ce fut contre ces derniers que l'on commença par diriger les ressources de l'art. Des purgatifs salins répétés en triomphèrent aisément; s'ils eussent échoué, on aurait eu recours au mercure doux et aux lavements froids. Les pertes séminales continuèrent néanmoins en partie, ce qui était dû à l'influence de l'habitude et à la faiblesse des organes génitaux; des bains froids achevèrent la guérison. Ces bains froids causèrent une affection rhumatismale aux deux genoux; des moyens appropriés en eurent promptement raison.

Chez un autre malade, placé dans la salle des officiers, les pertes séminales tenaient à un eczéma des cuisses et du scrotum. Le malade avait imaginé d'introduire une bougie dans l'urèthre, et de lier fortement la verge sur la bougie pour s'opposer à l'écoulement de la semence. Cette constriction n'eut pour résultat que de produire un engorgement considérable qui entraîna la perte du prépuce. Sa position, depuis qu'il est à l'hôpital, s'est déjà considérablement améliorée par l'emploi des dépuratifs, des bains sulfureux et des lavements rafraîchissants. C'est dans ces circonstances qu'est particulièrement indiquée la cautérisation des dartres et du canal avec le nitrate d'argent. (*Janvier* 1846.)

Injection iodée contre l'hydrocèle.—Jusqu'ici nous n'avons eu l'occasion que de nous occuper de l'opinion des principaux chirurgiens de Paris relativement à cette question qui occupe les loisirs de l'Académie de médecine d'une manière démesurément prolixe. Nous devons aussi tenir compte de ceux de Montpellier qui, pour travailler plus silencieusement, n'en doivent pas avoir moins d'autorité. M. H. Rodrigue dit, dans une courte note, que les injections iodées sont en faveur à Montpellier du moins dans les services de MM. Lallemand et Serres. Ces derniers, qui ont abandonné les injections vineuses pour adopter celles à l'iode, n'ont observé que rarement des récidives. Les injections iodées leur ont toujours paru moins douloureuses, sauf toutefois quelques susceptibilités individuelles; jamais on n'a d'accidents toxiques. Néanmoins, dit l'auteur, il ne faut pas croire que l'on pourrait toujours injecter impunément la solution iodée dans le tissu cellulaire du dartos. Un fait consigné dans la thèse de M. Carion (1844) prouve le contraire; il en résulta dans ce cas une gangrène du scrotum. Elle n'eut pas cependant de suites trop graves, et le malade guérit.

Ce fait exceptionnel ne doit pas altérer la confiance que les praticiens ont mise dans l'injection iodée, d'autant plus que la gangrène est aussi un accident très commun à la suite de l'injection avec le vin. Il prouve seulement que l'on doit prendre autant de précautions en usant de l'injection iodée qu'en usant de l'injection vineuse.

La solution employée à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier se compose de parties égales d'eau et de teinture d'iode. (*Idem.*)

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Quelques considérations sur la méthode abortive dans l'uréthrite et dans l'amygdalite aiguë; par le docteur GREPPO, faisant les fonctions d'aide-major au 49e de ligne. Dans les essais que l'auteur a faits de la méthode de M. Debeney à l'infirmerie régimentaire du 49e de ligne, essais ou observations qui sont au nombre de cinquante, il n'a pas été aussi heureux que ce dernier; mais il n'a pas eu non plus un seul accident de quelque gravité. Une seule fois un officier fut traité le premier jour, la maladie avorta; M. Greppo a eu un fait semblable en ville. Quant aux uréthrites chroniques, il a toujours réussi, et, si ses observations étaient assez nombreuses à cet égard, il pense qu'il pourrait en tirer la conclusion que plus elles sont anciennes, moins elles résistent. En effet, celles de deux ans, un an, huit mois, ont été moins rebelles que celles de deux ou trois mois. L'auteur se demande si dans ces dernières il reste quelque chose de l'inflammation spécifique. En résumé, le moyen, selon lui, est certain dans ce qu'on appelle la *goutte militaire.*

On sait, ajoute-t-il, que cette forme est génératrice des rétrécissements. Il lui est fort souvent arrivé de constater l'état du canal avant de faire l'injection; le plus souvent il a trouvé de la résistance dans certains points, causée, sans nul doute, par la résistance de la membrane. C'est là qu'est le germe de la coarctation future, et le lavage caustique a pour effet constant de le détruire. M. le docteur Debeney a donc rendu, ne fût-ce que pour cette seule circonstance, un grand service en substituant le caustique liquide au nitrate d'argent solide que quelques chirurgiens portaient dans le canal.

A la suite de ces réflexions, M. Greppo fait connaître la méthode que M. le docteur Durant, chirurgien-major au 49e de ligne, met en usage depuis fort longtemps dans le traitement de l'amygdalite aiguë, affection très commune dans l'armée, mais que l'on traite le plus souvent dans les infirmeries régimentaires. Une amygdalite aiguë d'une intensité quelconque étant exempte de complication gastrique, M. le docteur Durant porte le crayon caustique sur la membrane phlogosée, et la cautérise régulièrement dans toute son étendue; vingt-quatre heures après, la déglutition est déjà plus facile, et dans un espace de trois ou quatre jours, deux ou trois cautérisations étant pratiquées, le malade est à même de reprendre son service. Pour que ce moyen réussisse, il ne faut pas attendre la période suppurative. Le malade n'emploie pas d'autre gargarisme que l'eau simple. S'il y a de l'embarras gastrique, ce qui est assez fréquent, on donne un lavage, tout en ayant recours au même moyen local.

(*Novembre* 1845.)

JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

Neuvième grossesse chez une jeune femme de 26 ans, menée à terme, après sept avortements successifs, par l'emploi des toniques et des saignées; observation due au docteur MUSSCHE, de Hal.— L'observation suivante, qui, du reste, est loin d'être la seule dans l'espèce, mérite de fixer l'attention; elle montre quelle est la puissance de l'art dans le cas où la nature est engagée dans une voie vicieuse. Ce cas nous offre, d'ailleurs, un exemple d'indications bien saisies.

OBS. — Madame V. B., âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution lymphatique, avait toujours été d'une bonne santé avant son mariage; les règles, quoique peu abondantes et peu colorées, s'étaient toujours montrées aux époques ordinaires. En 1840, elle se trouvait enceinte pour la huitième fois, et, hormis sa première grossesse qui avait eu pour résultat l'arrivée d'un gros garçon, elle n'était point parvenue à mener à terme les autres gestations qui s'étaient succédé en assez peu de temps. Les avortements avaient eu lieu à trois mois, à cinq, à six, et une seule fois à sept mois. A sa première visite, l'auteur la trouva alitée; elle était enceinte de trois mois; M. Mussche ne pût être que témoin de son septième avortement qui, une fois considéré comme inévitable, fut hâté par l'ergot de seigle et ne fut suivi d'aucun accident.

Cette femme, qui n'avait que vingt-six ans et qui désirait redevenir mère à tout prix, se confia d'une manière absolue aux soins de son médecin. Celui-ci lui fit comprendre d'abord, ainsi qu'à son mari, la nécessité de mettre le plus long intervalle possible entre l'accident et une nouvelle grossesse. Elle fut soumise à une médication tonique et antispasmodique : diverses préparations martiales, l'alun, l'opium, la valériane, furent successivement mis en usage pendant longtemps.

Madame V. ne tarda pas à reprendre ses forces; son état s'améliora beaucoup; la menstruation se montra deux mois après l'accident plus forte et plus vermeille qu'elle n'avait été depuis longtemps. Quatre mois plus tard, elle se trouva enceinte, ce qui ne l'empêcha pas de suivre son régime et de prendre ses médicaments à des doses légères; on lui pratiqua une petite saignée du bras quelques jours avant la première et la deuxième époques menstruelles, et cette opération fut répétée deux autres fois avant le huitième mois. Elle accoucha à terme d'un enfant fort et bien portant, du sexe masculin; ses couches furent régulières et très heureuses. Depuis lors, elle est parvenue à mener à terme trois autres grossesses successives, et chaque fois elle a donné le jour à des enfants bien constitués.

Ainsi que le fait observer l'auteur, les avortements avaient pour cause éloignée l'état chlorotique de la mère et pour cause prochaine la congestion utérine passive. De là deux indications que M. Mussche a heureusement remplies, celle de rendre d'abord au sang plus de plasticité, et plus tard celle de détourner par les saignées les congestions vers l'utérus. (*Octobre* 1845.)

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Observation d'une rupture spontanée de la rate survenue au troisième accès d'une fièvre intermittente; par M. le docteur JANSSENS.— Ce cas paraîtrait être le dix-neuvième qui ait été recueilli. Nous faisons entrer en ligne de compte celui qui nous a été communiqué d'Alger par M. le docteur Bodichon. Les dix-sept premiers faits ont été réunis par M. le docteur Vigla (1). Dans neuf de ces cas, la fièvre intermittente existait depuis un temps assez long, ou avait récidivé plusieurs fois. Dans un dixième cas, la rupture eut lieu du 15e au 20e jour d'une fièvre typhoïde. Dans les autres, cet accident succéda à des phénomènes morbides siégeant dans l'hypochondre gauche, depuis un temps plus ou moins long. En un mot, dans tous les cas réunis par M. Vigla, la rate était le siége d'une lésion morbide plus ou moins ancienne qui semblait en avoir préparé ou favorisé la rupture. Le sujet de l'observation de M. Bodichon fut trouvé mort dans les champs; mais les renseignements obtenus portaient qu'il était depuis longtemps sujet à des accès de fièvre, que son ventre était très volumineux et qu'il avait la respiration gênée.

Le fait observé par M. Janssens fait contraste avec les précédents sous le rapport des circonstances antérieures. Cet homme, âgé de 22 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, avait toujours joui d'une bonne santé, malgré les excès auxquels il se livrait. Jusqu'au 3e jour avant sa mort, il n'avait jamais eu de fièvre intermittente. La seule maladie signalée chez lui est une fièvre intermittente quotidienne qui n'a rien présenté d'insolite. La mort a eu lieu dans les circonstances suivantes qui ont probablement amené la rupture de la rate.

Cet homme, qui demeurait dans un lieu de débauche, s'était jeté à l'approche de son troisième accès sur le lit d'une prostituée momentanément absente. Celle-ci, à sa rentrée, exigea qu'il quittât son lit et sa chambre. Le malade à cette injonction se prit d'un violent accès de colère, sortit du lit étant en pleine transpiration, et, après avoir parcouru en chemise une grande partie de la maison, il alla se placer dans un autre lit. A peine y était-il depuis quelques minutes qu'il éprouva un refroidissement subit. Le docteur Janssens, appelé sur-le-champ, le trouva dans l'état suivant: facies pâle, annonçant une forte souffrance, pouls petit, presque imperceptible, abdomen fortement ballonné, respiration courte, accélérée, sueurs froides et visqueuses, extrémités froides, lipothymies. Le malade, dont la voix avait conservé beaucoup de sonoréité, se plaignait de crampes affreuses dans les testicules, sans aucun autre phénomène morbide de ces organes. Il expira peu d'instants après. M. Janssens, qui avait supposé l'existence d'une hémorrhagie interne par rupture de quelque vaisseau, fit l'autopsie avec le docteur Jaques, en présence de MM. Koyen et Van de Vyvere. L'abdomen était énormément ballonné et on n'examina que cette cavité qui, lors de son ouverture, laissa échapper une grande quantité de sang. La rate était déchirée; son parenchyme était réduit en un détritus brun offrant l'aspect de caillots; les membranes d'enveloppe, déchirées, formaient une sorte de sac vide.

Les douleurs vives des testicules accusées par le malade n'avaient encore été rencontrées dans aucun accident de ce genre. L'auteur, persuadé qu'elles étaient purement sympathiques, a négligé d'examiner ces organes après la mort. (*Novembre* 1845.)

(1) Numéro de mai 1842, IXe année, 2e semestre, p. 193.

Chorée guérie par le camphre; par M. le docteur THYS, de Boom. Nous avons déjà rapporté (1) un cas de guérison d'une chorée générale obtenue à l'aide du camphre, par M. Thibaud, médecin à Nantes. M. Thys a eu également à se louer de ce médicament, que, pour sa part, il considère, avec Giacomini, non pas comme un stimulant ni comme un antispasmodique, mais comme un hyposthénisant des plus marqués. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette théorie. L'important pour nous est de constater l'efficacité du camphre dans certains cas de chorée. Le malade de M. Thys était affecté au plus haut degré de chorée générale et était dans un état habituel d'insomnie; divers médicaments, entre autres l'assa-fœtida, avaient échoué. Le médecin belge prescrivit, le 6 octobre, dix poudres de camphre de deux grains chacune, à prendre de deux heures en deux heures. Un commencement d'amélioration s'annonça au bout de deux jours par le retour du sommeil; mais elle ne fut bien prononcée qu'au bout de huit jours. Le camphre fut continué jusqu'au 13 novembre, époque où la guérison était bien confirmée. L'enfant avait pris en tout 190 grains de camphre.

Depuis cette époque, M. Thys a encore guéri par le même moyen deux cas de chorée, mais de chorée partielle. Il pense d'après ces trois faits que le camphre guérirait constamment cette affection, aidé toutefois de divers autres moyens employés d'après les indications spéciales.

M. Thys ajoute qu'il a vu administrer avec succès, à l'hôpital de Louvain, le *chenopodium ambrosioïdes* en fusion. Il se demande si cette plante ne doit pas sa vertu curative, dans la chorée, au camphre qu'elle pourrait contenir? Plenck avait déjà dit: *Ex omnibus remediis contra hunc morbum laudatis chenopodium esse efficacissimum.* (*Ibid.*)

(1) Numéro d'avril 1842; IXe année, 2e semestre, p. 153.

Revue des journaux allemands et hollandais.

JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN.

De l'usage interne de la poudre de lycopode, et de son administration en lavements dans les diarrhées dysentériques des enfants ; par le docteur Th. J. BEHREND. — La poudre de lycopode est un remède populaire en Silésie. L'auteur et un de ses collègues l'ont expérimenté avec un grand succès dans les dysenteries et les diarrhées avec fièvre. M. Behrend pense que cette efficacité de la poudre de lycopode s'explique très bien par l'analyse chimique. Cadet y a trouvé du sucre, de la cire, du mucus, de la matière extractive et un peu de sulfate d'alumine, du fer et quelques autres sels.

Le lycopode peut s'administrer de trois manières.

1° Le mode populaire de préparation et d'administration consiste à faire triturer avec soin quatre cuillerées à café de poudre de lycopode avec deux jaunes d'œufs et autant de sirop de sucre et d'eau qu'il en faut pour faire une émulsion dont on donne deux cuillerées à thé toutes les heures, chez les enfants de deux ans.

2° Voici la formule de Hufeland contre la strangurie et les diarrhées douloureuses des enfants : poudre de lycopode, 8 grammes ; sirop de guimauve, 45 grammes ; eau de fenouil, 60 grammes. Deux cuillerées à thé toutes les heures.

3° La formule de M. Behrend est la suivante : poudre de lycopode, 8 grammes ; eau de fenouil, 125 grammes ; gomme arabique et sirop de sucre, Q. S. Deux cuillerées à thé à prendre toutes les heures.

Chez les enfants à la mamelle, l'auteur prescrit ainsi la poudre de lycopode : poudre de lycopode et gomme arabique, de chaque 8 grammes ; sirop d'orgeat, Q. S. A prendre par cuillerées à café. Dans les cas pressants on peut ajouter de l'opium à ces préparations.

Les lavements de lycopode se donnent aussi en mucilage au jaune d'œuf avec ou sans addition d'opium. Il est bon de s'assurer préalablement de la pureté du lycopode qui est très fréquemment altéré dans le commerce. (*Août* 1845.)

Du musc contre la coqueluche; par le docteur LEFÈVRE, de Saint-Pétersbourg. — Ce praticien dit que le musc a une grande efficacité contre la coqueluche dans les climats septentrionaux. A Saint-Pétersbourg, on ne peut envoyer les petits malades à la campagne que pendant un bien court espace de temps, ce qui fait que la coqueluche est d'une très longue durée dans cette ville. Lorsque la période fébrile de la coqueluche est passée, c'est-à-dire vers la fin du troisième septénaire, on peut diminuer les accidents de cette affection. M. Lefèvre a observé d'excellents effets, tant dans sa pratique que dans celle de ses confrères, de l'administration de 5 centigrammes de musc répétée trois ou quatre fois par jour. Les quintes de toux les plus violentes se modèrent très notablement en peu de jours. M. Lefèvre pense que si l'on est appelé au début de la maladie, il est bon de faire précéder l'administration du musc de l'application de quelques sangsues aux tempes. (*Ibid.*)

KLINICK (1).

Quelques mots sur la bronchite capillaire; bronchite capillaire avec hypérémie cérébrale intense; crise après l'usage de l'ipécacuanha. — Dans les quelques mots qui servent de préambule à son observation, l'auteur combat d'abord l'opinion de M. Constatt qui prétend que la bronchite capillaire n'est autre chose que la péripneumonie fausse des anciens (péripneumonia notha), surtout celle décrite par Sydenham. Quoi qu'il en soit de cette question, la bronchite capillaire, telle qu'on la conçoit actuellement, n'a été réellement décrite que dans les derniers temps. Ce n'est pas ici le lieu de décrire cette affection catarrhale s'étendant jusqu'aux 4e et 5e divisions bronchiques, et caractérisée par une respiration douloureuse et difficile, une toux sèche au début, une teinte pâle du visage et bleuâtre des lèvres, quelquefois même cyanosée de toute la face, par la petitesse et l'extrême fréquence du pouls. Un des meilleurs signes diagnostiques de la bronchite capillaire, dit l'auteur, est la stupeur qui précède souvent le délire, et qui d'autres fois alterne avec lui; malgré cette stupeur, le malade répond très bien aux questions qu'on lui fait, puis il retombe immédiatement dans ses rêvasseries. Dans cette maladie, comme dans tous les états asphyxiques, la proportion de fibrine diminue beaucoup dans le sang; il faut donc être très réservé sur l'emploi des saignées; d'ailleurs, la légèreté spécifique de l'urine vient encore le plus souvent démontrer la pauvreté du sang. La dyspnée, la stupeur et le délire ne diminuent, dans la bronchite capillaire, que lorsque l'expectoration commence à se faire. Les moyens qui ont paru les plus avantageux en Hollande sont les grands vésicatoires appliqués sur la poitrine, les bains, l'ipécacuanha, le souffre doré d'antimoine. Après la guérison, les malades restent encore longtemps faibles, comme cela a lieu après les asphyxies.

OBS. — J. Megens, âgé de dix-neuf ans, entre à l'hôpital de l'Université le 21 juin, avec les symptômes suivants : face pâle, teinte bleuâtre des lèvres, coucher en supination ; affaissement et indifférence extrêmes, somnolence ; douleurs dans toute la poitrine, devenant plus intenses à chaque respiration ; celle-ci, lorsqu'elle est un peu profonde, est suivie d'une toux sèche, convulsive, s'accompagnant d'une violente douleur dans la tête, particulièrement à la région frontale ; respiration fréquente et courte ; percussion donnant partout un son clair ;

---

(1) Journal publié en Hollande par le docteur Gobée.

râle bronchique et bronchophonie très prononcée ; expectoration nulle ; 108 pulsations petites et molles ; peau chaude et sèche ; langue humide et couverte d'un enduit blanc ; anorexie, peu de soif et pas de selles (quatre ventouses sur la poitrine, cataplasme, potion oxymellée).

Le 22 juin, pas d'amendement. Saignée de 6 onces qui ne produit non plus aucun effet. Le sang offrait une bonne moitié de sérum, tandis que l'autre moitié consistait en un caillot recouvert d'une couenne grisâtre présentant l'aspect d'une gelée tremblotante. Potion avec 1 gros d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Le 23, même état. Cinq ventouses sur le thorax ; continuation de la potion avec l'hydrochlorate d'ammoniaque. Les urines, d'un jaune clair, ont une pesanteur spécifique de 1,012 ; elles sont sans énéorème ni sédiment et ne contiennent qu'une minime proportion d'urée.

Le 24, pas de changement. On prescrit du calomel qui procure six selles liquides et verdâtres, mais sans amener aucune amélioration du côté des voies digestives.

Le 25, l'état du mal est encore empiré ; la respiration est très accélérée, la toux sèche et presque continuelle ; 124 pulsations très petites. Nouvelle saignée de six onces qui présente les mêmes caractères que la précédente, sauf que le sérum est plus abondant.

Le 26, aggravation des symptômes : peau brûlante et sèche ; langue sèche légèrement chargée ; selles involontaires ; ventre tendu et météorisé. Prescription : bain chaud ; large vésicatoire sur la poitrine. Poudre de racine d'ipécacuanha, 12 grains ; sucre blanc pulvérisé, 1 gros ; mêlez et divisez en six paquets. Un paquet toutes les six heures. Boissons chaudes.

Il y avait à peine une demi-heure que le malade avait pris la première poudre, qu'on lui trouva la face et le corps couverts d'une sueur ruisselant par gouttelettes. Le bain, qui n'avait pas encore été pris, fut contremandé. L'ipécacuanha fut continué toute la journée et de nouvelles doses furent prescrites pour la nuit. La diaphorèse fut abondante, et, ce que l'on n'avait pas encore vu jusque-là, le malade expectora quelques gros crachats verdâtres, mélangés de stries sanguines et adhérant au vase ; la respiration devint plus facile ; le pouls, tout en restant fréquent, se développa ; il y eut émission d'urines jaunes.

Le 27, l'amélioration est en progrès. Les crachats, examinés au microscope, sont presque entièrement composés de débris d'epithelium et de quelques cellules muqueuses. L'énéorème des urines est également constitué par l'epithelium vésical. On prescrit 12 grains d'ipécacuanha en 12 paquets.

Le 28 au matin, amélioration plus grande encore. Respiration plus facile et plus lente ; plus de stries de sang dans les crachats ; rhonchus muqueux partout très fort ; pouls à 108 ; légère transpiration ; urine offrant un nuage assez fort, quoique limpide du reste ; on y trouve une grande quantité d'albumine. Le lendemain, on n'y trouve plus d'albumine. On continue encore ce jour-là et le suivant l'ipécacuanha, auquel on associe 3 grains de soufre doré d'antimoine.

A partir du 30, on n'a plus affaire qu'à de légers vestiges de bronchite ; la convalescence, toutefois, est pénible, et le malade est encore pâle et faible le 21 juillet, jour de sa sortie.

Revue des journaux italiens.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Observations nécroscopiques de cas de mort par suite de tétanos traumatique ; par M. Pietro LABUS. — On sait que bien des fois on a cherché à faire remonter la cause du tétanos traumatique à la lésion de quelqu'un des filaments nerveux aboutissant à la plaie. Il s'en faut beaucoup que l'on ait toujours réussi à découvrir cette lésion. M. Labus paraît avoir été plus heureux que beaucoup d'autres sur ce point, et il cite quatre observations nécroscopiques qui viennent en aide à ceux qui assignent la lésion des nerfs pour cause au tétanos traumatique.

Dans le premier cas rapporté par l'auteur, le tétanos se développa à la suite d'une fracture des vertèbres cervicales. A l'autopsie, on trouva une esquille de la dernière vertèbre cervicale faisant saillie à l'intérieur de la cavité rachidienne.

Dans l'observation II, il s'agissait d'un spina-ventosa au doigt annulaire, intéressant l'articulation de la première phalange avec la seconde ; le tétanos survint subitement et débuta par les muscles du cou. On trouva le nerf cubital, du côté de l'annulaire malade, parsemé de vaisseaux veineux dans le sens longitudinal. Le névrilemme des deux nerfs collatéraux du doigt était distendu par une substance gélatiniforme ; le volume de ces deux nerfs avait doublé. On remarquait les mêmes altérations sur un filament nerveux du dos du doigt, dont l'extrémité se portait directement sur le bord tranchant d'une esquille osseuse.

Le sujet de l'observation III portait un ulcère à la jambe gauche ; le tétanos commença par des tremblements dans le membre. A l'autopsie, on observa que le rameau du saphène interne, sain jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ulcère, offrait au niveau de celui-ci de la tuméfaction, par suite d'un dépôt de matière d'un blanc orangé. Le névrilème avait une teinte rougeâtre. On trouva sur l'un des bords de l'ulcère un petit ganglion parcouru par deux stries de matière jaune blanchâtre, que M. Dubini, présent à l'autopsie, regarda comme étant du pus.

Le quatrième cas est relatif à un individu atteint d'une fracture du tiers inférieur de l'humérus, compliquée de plaie, avec sortie

des fragments. C'était le fragment supérieur qui sortait par la plaie; le nerf médian, placé sur ce fragment, offrait une teinte rougeâtre dans l'espace d'un pouce. Cette teinte avait envahi chacun des névrilemmes particuliers enveloppant les filaments dont la réunion constitue le tronc du nerf. Le nerf radial offrait la même altération dans la partie qui traversait l'abcès. (*Août* 1845.)

Note sur l'usage interne des cantharides dans la pneumonie; par M. MENDINI. — Malgré l'autorité dont jouit en Italie le nom de l'auteur, nous n'oserions recommander la nouvelle médication qu'il propose, surtout aux doses qu'il indique. Du reste, les Italiens nous reprochent tant notre ignorance sur ce qu'ils appellent la réforme médicale de leur pays, que nous ne négligerons aucune occasion de signaler les travaux des hommes honorables qui l'ont adoptée.

Dans un article extrait textuellement du *Memoriale della medicina contemporanea*, que nous avons publié dans notre numéro d'octobre 1845, il est question d'un cas d'empoisonnement par les cantharides. L'auteur, considérant l'effet vénéneux comme hyposthénisant, traita son malade par les stimulants, entre autres par les alcooliques, et réussit. C'est aussi comme remède hyposthénisant ou contre-stimulant que M. Mendini préconise les cantharides dans certains cas de pneumonies franchement inflammatoires et dégagées de toute complication gastro-intestinale. Les saignées, qui sont si bien indiquées dans cette circonstance et qu'il a quelquefois portées jusqu'au nombre de dix, ne lui ont pas paru toujours suffire pour triompher du mal.

Les cantharides, suivant M. Mendini, agissent dans le même sens que le tartre stibié, mais à un bien plus haut degré; elles dépriment et modèrent la circulation. Il lui est souvent arrivé d'être obligé de suspendre l'usage des cantharides, l'hyposthénisation étant trop forte, ou de combattre cet effet en associant le laudanum à la teinture de cantharides. Il n'a jamais été obligé qu'une ou deux fois d'avoir recours à de semblables moyens à la suite de l'administration du tartre stibié. M. Mendini a employé les cantharides dans 70 cas de pneumonie; jamais il n'a eu d'accidents du côté des voies urinaires, tels qu'il ait été obligé de suspendre le remède. Les ardeurs dans les parties génitales disparaissent au bout de quarante-huit heures, et le priapisme ne dure pas au delà du troisième ou du quatrième jour. Il rassurait, d'ailleurs, ses malades en leur disant que le mal descendait par en bas.

Voici comment M. Mendini administre les cantharides : prenez 75 centigrammes à 1 gramme de cantharides entières; faites-les bouillir dans 250 grammes d'eau; ajoutez à la colature 500 grammes d'émulsion d'amandes douces et 180 grammes d'émulsion de gomme arabique.

Cette dose, dit l'auteur, se prend par intervalles dans les 24 heures. Nous pensons qu'il y aurait beaucoup à en rabattre si l'on voulait en faire usage dans notre climat. Cette remarque peut s'appliquer, d'ailleurs, au dosage de tous les remèdes que les Italiens emploient comme contre-stimulant, ainsi qu'on le fait en France, notamment pour l'émétique à haute dose. (*Septembre* 1845.)

De l'action élective de la gomme-gutte dans les maladies d'excitation du tube gastro-intestinal; par le docteur Stefano CASTIGLIONI, d'Angera. — Rasori, dit l'auteur, a déjà publié un travail précieux sur la gomme-gutte, et il serait inutile de chercher à y rien ajouter, si l'on ne voyait encore écrire dans presque toutes les pharmacopées étrangères que la gomme-gutte est un purgatif drastique, excitant, par conséquent contre-indiqué dans les maladies de stimulus de tube gastro-intestinal. Les faits publiés par M. Castiglioni et qu'il ajoute, dit-il, à ceux que possède déjà la médecine italienne, conduiraient, au contraire, à conclure que la gomme-gutte est un des agents les plus puissants pour combattre promptement et heureusement les phlegmasies aiguës et chroniques, même très intenses, du tube digestif, à moins qu'il n'y ait déjà une altération organique profonde, ou qu'il n'existe un état dyscrasique général irrémédiable.

Le père de l'auteur de ce mémoire, qui avait appris à la clinique même de Rasori la manière d'administrer la gomme-gutte comme remède hyposthénisant, en fit, il y a plus de trente ans, la première application dans le cas suivant :

OBS. — Un receveur des finances, jeune et robuste, adonné au vin et à la bonne chère, fut subitement pris, à la suite d'une constipation opiniâtre, de douleurs spasmodiques atroces dans la région du colon. On employa pendant six jours divers moyens relâchants et purgatifs, mais sans le moindre succès, et la situation du malade devint très alarmante; la fièvre, les douleurs intestinales et l'abattement étaient extrêmes, lorsque M. Castiglioni père pensa à administrer un bol de 30 centigrammes de gomme-gutte. Au bout de quelques heures, les douleurs intestinales s'apaisèrent; il survint des garde-robes très abondantes, et le malade guérit promptement. Quelques années après, cet homme fut repris des mêmes symptômes hors de son pays; on employa divers moyens; mais on ne songea pas à la gomme-gutte, et le malade succomba.

Depuis cette époque, M. Castiglioni père a eu l'occasion d'employer plus de cent fois le même remède et toujours avec un succès si constant qu'il en avait conclu que la gomme-gutte était, dans les coliques graves, ce qu'est le sulfate de quinine dans les fièvres pernicieuses.

La gomme-gutte est indiquée à la dose de 30 centigrammes en une seule fois dans les gastro-entéralgies inflammatoires occasionnées par des causes soit mécaniques, soit dynamiques, ou même dans les gastro-entérites franches. Il peut arriver cependant que la gomme-gutte n'opère pas, bien qu'elle ait été

répétée à de courts intervalles et aidée de clystères d'infusion de séné et de sulfate de magnésie; la constipation persiste avec des douleurs atroces; le pouls est petit et contracté. L'auteur n'a pas hésité à saigner dans ces circonstances; les malades ont été immédiatement soulagés; des garde-robes se sont déclarées. Lorsque le spasme du colon est tel qu'il y a des vomissements abondants et répétés qui empêchent d'administrer la gomme-gutte par la bouche, l'auteur débute par un fort clystère simple qui a pour effet de vider l'intestin; l'estomac peut alors supporter le médicament. On peut aussi, si l'on craint le vomissement, administrer la dose précitée de gomme-gutte dans une émulsion qui se prend par cuillerées.

Voilà pour l'administration de la gomme-gutte comme cathartique. Mais les médecins italiens reconnaissent, en outre, à ce médicament une action dynamique que l'on provoque en le donnant à hautes doses réfractées, suspendu dans une émulsion comme nous venons de le dire. Les nausées et le vomissement ne se manifestent que très tard, par réaction dynamique, lorsque le malade se trouve avoir pris une forte dose du médicament. Il est cependant des cas exceptionnels où le malade ne peut supporter la plus petite dose de cet agent, et alors le mieux est d'y renoncer. Mais s'il est bien toléré, les doses répétées provoquent d'abord des garde-robes abondantes, puis les selles diminuent par degrés et cessent tout-à-fait comme si le médicament exerçait une action astringente, suivant l'expression de Rasori. C'est ce qui s'observe surtout dans les diarrhées des hommes robustes adonnés à des écarts de régime ou de boisson.

La gomme-gutte, dit l'auteur italien, est particulièrement indiquée dans les dysenteries graves accompagnées de fièvre avec des évacuations de mucus simple ou sanguinolent ou même de sang pur; administrée par petites doses répétées de manière à en consommer 60 centigrammes à 1 gramme par jour, elle apaise rapidement les douleurs, calme le ténesme et facilite les garde-robes en convertissant la dysenterie en diarrhée simple dans l'espace de cinq ou six jours; celle-ci cesse à son tour sous l'influence du même remède en en diminuant la dose; on peut aussi le remplacer alors par des boissons mucilagineuses, des émulsions. L'auteur a cependant rencontré des cas de dysenterie avec des altérations profondes de la muqueuse telles, que les doses de gomme-gutte ci-dessus indiquées ont été insuffisantes; il en a triomphé en portant les doses de ce médicament à 1,30 par vingt-quatre heures et en y joignant les saignées; la guérison était toutefois moins prompte, vu l'excessive gravité de la maladie. C'est ce qu'il a eu l'occasion d'observer souvent dans une épidémie de dysenterie qui se montra dans l'été de 1836. M. Castiglioni en rapporte quatre cas intéressants.

A la suite de ces faits vient l'explication théorique d'après la médecine italienne; l'auteur cherche à prouver, d'une part, que les cas du genre de ceux qu'il a cités dans cet article sont de vraies phlegmasies intestinales, et, de l'autre, que la gomme-gutte agit électivement comme hyposthénisant entérique, que cette action a été, dans certains cas, insuffisante sans le secours de la saignée; mais que celle-ci seule avait échoué aussi. M. Castiglioni pense, du reste, que la gomme-gutte n'est pas le seul remède qui puisse procurer l'hyposthénisation entérique. Tommasini a obtenu les mêmes effets de la scammonée; Giacomini, du sulfate de magnésie à haute dose; Rasori, avec le jalap, l'aloès, le calomel, etc.; Sydenham, du séné mêlé à la rhubarbe et à la mauve.

Ajoutons qu'à Paris on guérit bien les dysenteries avec l'huile de ricin ou l'eau de Sedlitz, ce qui voudrait dire en définitive que les purgatifs sont avantageux dans cette affection, quel que soit le mode d'action qu'on leur attribue. (*Octobre* 1845.)

Revue des journaux espagnols.

REPERTORIO MEDICO-FARMACEUTICO (1).

Plaie pénétrante de poitrine; sortie de la balle avec les selles.—L'observation suivante, publiée par M. Antonio COCA, professeur-agrégé à la Faculté des sciences médicales de Barcelone, offre de l'intérêt sous divers points de vue que l'auteur signale avec talent. M. Coca, d'ailleurs, accompagne cette observation de réflexions fort justes sur la nécessité d'employer un traitement antiphlogistique énergique dans de pareilles circonstances. Il appuie son assertion sur un cas qu'il a observé, le mois d'avril dernier, dans le service du professeur D. Juan Battista FOIX. Un malade avait une plaie pénétrante de poitrine avec lésion du poumon par instrument piquant. Il fut saigné jusqu'à ce que la respiration revînt à son rhythme normal, bien que l'absence de la couenne et l'état du pouls semblât contre-indiquer les saignées générales. On en pratiqua cependant dix et le malade fut sauvé. M. Coca parle aussi des succès que l'on obtient à Barcelone par l'emploi des saignées en grand nombre dans la pneumonie ordinaire. Mais il faut convenir que M. Bouillaud, contre lequel on s'élève tant à Paris, est, sur ce point, bien en arrière des médecins espagnols. L'auteur nous dit que le président de la Faculté de Barcelone, D. Félix Janer, ne craint pas de saigner, dans la péripneumonie, dix, onze et douze fois, jusqu'à ce qu'il ait terrassé la maladie.

OBS. — Lors du soulèvement de Barcelone, en 1844, un jeune homme de 15 ans, robuste et bien constitué, fut blessé par une balle de fusil. Il faut noter cette circonstance, par rapport à la direction

(1) Ce journal se publie à Barcelone.

et au trajet de la blessure, que le feu plongeait d'en haut sur les révoltés.

Au premier examen, l'auteur trouva à la partie latérale gauche de la poitrine, vers la partie moyenne de la sixième vraie côte, une solution de continuité des parties molles, dont la forme annonçait une plaie faite par une balle de fusil. Il n'y avait pas d'ouverture de sortie. L'auteur s'assura, en introduisant son doigt dans la plaie, que la balle avait pénétré dans la cavité thoracique après avoir fracturé la sixième côte. Il dut se borner à rapprocher autant que possible les lèvres de la plaie afin d'empêcher l'introduction de l'air, autant que possible ; il posa donc quelques bandelettes agglutinatives, un plumasseau de charpie enduit de cérat, des compresses sèches et un bandage de corps.

Les symptômes généraux étaient fort graves. Il y avait fièvre intense, crachats sanguinolents, respiration très gênée, douleur dans la poitrine. M. Coca prescrivit une saignée de 15 onces et de la tisane gommeuse; il recommanda un repos et un silence absolu et avertit qu'on pouvait donner le viatique. Il vit le malade les jours suivants en compagnie de son collègue D. José Roca; huit saignées, d'une livre chacune, furent pratiquées dans l'espace de douze jours. Cette méthode rigoureuse fut, avec raison, jugée la plus propre à conjurer des accidents mortels, et peut-être la terminaison eût-elle été heureuse sans la complication qui fut dévoilée à l'autopsie. Il fut même un moment où, grâce à cet énergique traitement, la respiration fut ramenée presque à son état naturel. Mais comme il existait à l'intérieur une épine insaisissable, le mieux ne se maintint pas; la respiration devint stertoreuse et la mort eut lieu le douzième jour. Il faut dire ici que le sixième jour le blessé avait rendu la balle par les selles sans avoir présenté le moindre signe de lésion au diaphragme ni dans l'abdomen.

Autopsie. — Il y avait à la face interne de la sixième vraie côte gauche, fracturée comme nous l'avons dit, de petites esquilles qui piquaient continuellement le poumon correspondant et pénétraient même dans son épaisseur. Un morceau de la lame interne de la côte, d'un pouce d'étendue, s'était logé à la base du poumon, au milieu de la substance pulmonaire, de telle sorte que la plus légère pression suffisait pour qu'il soulevât le péricarde. Il était évident que si la direction de la balle eût été horizontale au lieu d'être oblique de haut en bas, le cœur eût été lésé et le blessé fût mort sur le coup. Le poumon adhérait intimement à la plèvre costale et était en pleine suppuration ; le poumon droit aussi était enflammé, mais à un moindre degré. Voulant suivre le trajet du projectile, l'auteur introduisit profondément son doigt indicateur, lequel arriva, sans obstacle, à travers le poumon et la partie contiguë du diaphragme jusqu'à l'intérieur de la cavité de l'estomac. Les ouvertures du diaphragme et de l'estomac étaient parfaitement rondes.

Revue des journaux anglais.

THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Observations pratiques sur l'ulcération phagédénique; par M. EGAN. — L'auteur commence par poser en principe que le mercure est tout-à-fait nuisible dans les ulcérations vénériennes phagédéniques, à de très rares exceptions près. Il faut d'abord calmer l'irritation, soit par des évacuations sanguines, soit par le tartre stibié à doses réfractées. Si la constitution des malades est tellement affaiblie qu'on n'ose pas avoir recours même à ce dernier moyen, on unit l'opium à l'émétique, ou bien on se borne à ce dernier seul, sous la forme d'hydrochlorate de morphine.

Une pratique que M. Egan préconise, comme lui ayant constamment réussi, c'est la cautérisation des ulcérations avec l'acide nitrique. On répète la cautérisation jusqu'à ce que la surface ait acquis un bon aspect. Après chaque cautérisation, on recouvre les parties d'un cataplasme chaud.

Dans le début du mal, l'auteur prescrit, pour prendre à l'intérieur, une décoction de salsepareille additionnée d'acide nitrique dilué. Plus tard, il passe à l'iodure de potassium.

Observations sur l'emploi externe de l'aconit; par le docteur R. EADES. — L'aconit employé à l'extérieur a plusieurs fois réussi à l'auteur dans des cas de névralgie superficielle. Voici comment il le prescrit.

Prenez : Teinture d'aconit 16 grammes.
Eau de rose 120 —
M. S.

Entretenir sur la partie douloureuse un linge imbibé de ce mélange. — En fait de préparations d'aconit, M. Eades n'emploie que la teinture et l'extrait alcoolique de la racine. Les autres lui paraissent infidèles.

THE LANCET.

De l'efficacité du fiel de bœuf dans le traitement de la constipation. — Le docteur ALLNATT croit le fiel de bœuf indiqué dans les cas où la rareté et la difficulté des évacuations alvines paraissent tenir à une paresse du foie et à une sécrétion trop peu abondante de la bile, ce qui se reconnaît à l'extrême dureté et à la coloration peu foncée des matières fécales. Indépendamment de l'expérience clinique, l'auteur s'appuie sur l'expérience chimique suivante : si on soumet des matières, quelques dures qu'elles soient, à l'action du fiel de bœuf, elles se délaient aussitôt et forment une matière fécale de consistance et de couleur naturelles.

Le fiel de bœuf peut s'employer en lavement à la dose de 60 grammes, ou bien en pilules à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme. On le prépare par évaporation, en l'amenant ainsi à la consistance d'extrait.

THE AMERICAN JOURNAL OF INSANITY (1).

Du sommeil; de son importance pour prévenir la folie. Le manque de sommeil est une des causes les plus fréquentes et les plus immédiates de la folie, d'après l'auteur américain. On voit si rarement, dit-il, un cas récent de folie qui n'ait pas été précédé par le défaut de sommeil qu'on pourrait presque considérer ce dernier comme le précurseur ordinaire de l'aliénation mentale. Malgré toutes les causes prédisposantes et efficientes de cette affection, on ne la verrait que bien rarement se développer, si ces causes n'étaient pas de celles qui ont souvent pour effet d'amener la perte du sommeil. Une mère qui a perdu son enfant, le commerçant qui perd sa fortune, le fanatique, ont leur imagination dans un état d'excitation maladive, qui mène à la folie; cependant ils éviteront cette fâcheuse terminaison s'ils dorment bien. Aussi les personnes qui sont dans les circonstances qui viennent d'être indiquées, celles surtout qui ont eu une première attaque, doivent-elles éviter avec soin tout ce qui peut troubler leur sommeil, passer les soirées à leur propre foyer et se coucher de bonne heure. Un bon sommeil peut aussi d'ailleurs préserver de beaucoup d'autres maladies, particulièrement de celles qui atteignent le système nerveux.

Les individus qui se livrent à de durs travaux devraient se coucher à neuf heures; les autres à dix ou onze heures au plus tard. Ceux dont le sommeil n'est pas calme doivent passer la soirée dans une occupation paisible et éviter, par conséquent, les spectacles, les bals et les réunions du soir, qui ont pour effet d'exciter l'imagination et de préparer un sommeil agité. Ces détestables manières de passer les soirées font malheureusement fureur dans le continent américain comme à Paris; toutes les classes de la société y prennent goût, et c'est peut-être, dit l'auteur, une des causes de l'augmentation des maladies nerveuses.

Pour se procurer un bon repos, il faut se retirer de bonne heure, n'avoir ni trop chaud ni trop froid, dormir sur des matelas de crin ou sur un lit dur. La chambre à coucher doit être vaste et bien aérée; le lit ne sera ni auprès d'un mur, ni auprès d'une fenêtre. On ne doit avoir aucun lien serré autour du cou, et il ne serait pas mal d'imiter les Chinois qui se brossent les dents avant de se livrer au repos. Le café et le thé pris trop tard éloignent le sommeil; il en est de même de certaines occupations qui tendent trop fortement l'esprit.

Quelques personnes peuvent cependant travailler fortement et longtemps de tête la nuit, et jouir néanmoins d'un sommeil calme. Il en est d'autres auxquelles peu de repos suffit; mais ce sont là des exceptions. Le général Pichegru assurait à sir Gilbert Blane que, pendant une de ses campagnes qui dura une année entière, il ne dormit pas plus d'une heure sur vingt-quatre. Napoléon paraissait aussi pouvoir appeler et éloigner le sommeil à volonté.

Un des membres les plus influents du cabinet français, que nous croyons, toutefois, pouvoir nous dispenser de nommer, un des ministres actuels, est, dit l'auteur américain, un *bon dormeur*. Un écrivain probablement français, et dont nous regrettons de travestir le style en traduisant ses paroles de l'anglais, dit de cet homme remarquable : « La facilité avec laquelle il se livre au sommeil après une excitation extrême ou après l'exercice longtemps prolongé de ses facultés intellectuelles, a quelque chose qui tient du prodige, mais qui est en même temps une sauvegarde pour sa santé. Un ministre, en France, ne doit pas être un homme nerveux, ou il mourra à la peine. Après les séances tumultueuses de la Chambre et les aggressions sauvages d'une opposition sans pitié, le ministre calme la violence des impressions qu'elles ont suscitées en lui en se jetant sur son lit; il y jouit aussitôt d'un sommeil réparateur, d'où il s'arrache à minuit pour examiner les épreuves du *Moniteur*. »

Ces idées ne sont pas absolument nouvelles, au moins pour une partie; mais elles ont leur importance, et les médecins eux-mêmes pourraient en faire leur profit. (*Avril* 1845.)

(1) Ce journal paraît tous les trois mois, sous les auspices des médecins de l'asile des aliénés de l'État de New-York, à Utique.

Revue pharmaceutique et formules.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE.

Formules de pommades contre l'eczéma (Devergie).

Une pommade qui a été préconisée avec raison par tous les praticiens pour calmer surtout les démangeaisons si violentes de l'eczéma est la suivante :

Pr. Axonge	30 gram.
Calomel	de 2 à 4 gram.
Camphre	de 25 à 50 centigr.

Le camphre doit être divisé à l'aide de quelques gouttes d'alcool avant d'être incorporé à l'axonge.

Enfin, lorsque la dernière période de l'eczéma est arrivée, il faut s'attacher à ramener la peau à sa coloration naturelle, à lui donner sa résistance primitive, la tonifier, pour ainsi dire. Ici on peut mettre en usage plusieurs formules de pommade. Dans l'une on fait entrer le tannin :

Pr. Axonge	30 gram.
Tannin	4 gram.

Ou bien on s'adressera au goudron. Mais ce ne sont plus alors des pommades au quart ou au cinquième du poids de l'axonge qu'il faut prescrire, mais un mélange ainsi formulé :

Pr. Axonge	50 gram.
Goudron	de 5 décigr. à 1 gram.

Le goudron est très résolutif, mais aussi très excitant pour une surface eczémateuse.

Cachou de Bologne (pastiglie di terra catecù aromatica des Italiens). — Voici, d'après M. DORVAULT, la formule de cette préparation d'origine italienne, comme l'indique son nom.

Extrait de réglisse par infusion Eau	} ãã 100 gram.

Faites fondre au bain-marie et ajoutez :

Cachou du Bengale pulvérisé	30 gram.
Gomme en poudre	15 gram.

Faites évaporer en consistance d'extrait et alors incorporez les poudres suivantes qui devront être très fines :

Mastic Cascarille Charbon Iris de Florence	} ãã 2 gram.

Rapprochez la masse en consistance convenable, retirez du feu et ajoutez encore :

Huile vol. de menthe anglaise	2 gram.
Teinture d'ambre — de musc	} ãã 5 gram.

Coulez sur un marbre huilé et étendez à l'aide du rouleau en plaque de l'épaisseur d'une pièce de 50 centimes. Lorsque la masse sera refroidie, frottez-la avec du papier sans colle afin d'enlever complètement l'huile des deux surfaces, puis humectez celle-ci très légèrement ; étendez-y des feuilles d'argent, laissez sécher et enfin coupez la plaque d'abord en lanières très étroites, puis ces lanières en carrés ou losanges très-petits (dimension des semences de fenu-grec).

Le cachou qui vient d'Italie est renfermé dans de petites boîtes ovales en bois de sapin du poids de 20 grammes environ et recouvertes d'un large cachet en cire rouge.

Nous ne donnons point cette recette comme étant la véritable, cette dernière paraissant être le secret d'un ou deux pharmaciens bolonais, mais seulement comme une formule donnant un produit qui peut remplacer sous tous les rapports la préparation italienne.

Le cachou de Bologne est une préparation excellente au goût et qui est aussi souvent employée comme bonbon que comme médicament. On doit lui accorder les propriétés toniques et carminatives de ses composants.

Deux ou trois pastilles ou granules suffisent pour donner à la bouche une odeur et une fraîcheur des plus agréables.

Le cachou de Bologne corrige la mauvaise haleine produite par les affections gastriques, la carie des dents, etc. Les fumeurs en font une grande consommation pour masquer l'odeur du tabac. Dans une grande partie de l'Italie, les gens de la classe aisée en portent toujours sur eux et s'en servent comme passe-temps. (*Journ. de pharmacie et de chimie.*)

Pommade pour prévenir la chute des cheveux (Ricord).

Pr. Moelle de bœuf préparée	16	gram.
Cérat soufré	16	id.
Turbith minéral	2 à 4	id.
Essence de citron	Q. S.	

pour édulcorer convenablement.

Contre la syphilis et certaines affections éruptives du cuir chevelu. Le malade doit porter la pommade au bout de ses doigts sous les cheveux.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 janvier.

A l'occasion de la lecture du procès-verbal de la séance, M. Blandin donne quelques explications sur un passage de sa dernière argumentation auquel on aurait donné une interprétation malveillante à l'égard d'un honorable praticien de Toulouse. Il s'agit du fait de l'injection iodée dans le péritoine, pratiquée par M. Dieulafoy. M. Blandin n'a nullement entendu suspecter la bonne foi de cet honorable praticien; il n'a même pas dit qu'il eût des raisons pour ne pas croire au fait dont il est question, mais qu'il avait des raisons de ne pas croire à l'importance qu'on y attachait, ce qui est bien différent; c'est là la seule opinion qu'il ait voulu exprimer, et il la maintient encore aujourd'hui.

Cet incident n'a pas de suite. Il sera tenu compte au procès-verbal de l'explication de M. Blandin.

Injections iodées (Suite de la discussion sur les). — M. LAUGIER a employé un grand nombre de fois les injections iodées dans le traitement des hydrocèles, d'après la méthode de M. Velpeau, et il s'en est constamment bien trouvé. Une remarque sur laquelle il insiste, et qui n'a pas encore été faite, c'est que l'injection iodée offre l'avantage d'être d'une exactitude très rigoureuse dans le dosage de substances employées, tandis que l'injection vineuse est loin d'être aussi bien formulée, principalement à cause de l'extrême variation de la richesse alcoolique des vins employés.

M. Laugier se demande néanmoins si la teinture d'iode dont on se sert dans les injections iodées n'agit pas plutôt par l'énorme proportion d'alcool qu'elle contient que par l'iode. Cette proportion est, on le sait, plus forte que celle des vins les plus spiritueux ; et divers faits tendraient, d'ailleurs, à prouver que l'iode pur n'est pas très irritant. Il soumet ces doutes à l'appréciation de M. Velpeau.

M. ROUX, à l'encontre de M. Laugier, soutient que l'injection vineuse est une opération parfaitement réglée. On ne pratique jamais plus d'une ou deux injections avec le vin. Quant aux qualités différentes de ce dernier, elles n'ont aucune influence notable sur le résultat de l'opération ; le plus mauvais vin des hôpitaux est aussi bon sous ce rapport que tout autre vin. La température de l'injection est toujours la même.

M. CAVENTOU trouve parfaitement exactes les considérations dans lesquelles est entré M. Guibourt sur le point de vue pharmacolo-

gique de cette question. Il pense en outre que la teinture d'iode ancienne doit donner lieu à des douleurs beaucoup plus vives que la teinture récente; celle-ci ne renferme que de l'iode en suspension, tandis que dans la première il s'est formé avec le temps de l'acide hydriodique ioduré, dont l'activité est très grande. M. Caventou, enfin, incline à croire avec M. Laugier que c'est par l'alcool principalement qu'agissent les injections iodées, et peut-être même malgré l'iode. Il s'appuie, pour légitimer ce doute, sur les expériences d'un chirurgien de Château-Thierry, qui, au lieu d'injecter du vin, faisait pénétrer la vapeur du vin seulement dans la tunique vaginale; les résultats ont été ce qu'ils sont quand on injecte le vin. Or, dit M. Caventou, il est évident que, dans ces cas, ce n'est ni l'eau, ni le tartre, ni la matière colorante, mais l'alcool seul qui a agi. N'est-on pas disposé à croire que la même chose a lieu dans les injections iodées? la teinture d'iode contient une partie d'iode seulement pour douze d'alcool.

Après un long discours de M. Velpeau, dans lequel sont résumés tous les arguments déjà apportés en faveur des injections iodées, M. le président déclare la discussion close sur le corps du rapport. La discussion sur les conclusions est renvoyée à la séance suivante.

Séance du 27 janvier.

Injections iodées. — A l'occasion du procès-verbal, M. Fontan, membre correspondant, obtient la parole au sujet du fait d'injection iodée dans le péritoine dont on a contesté la valeur scientifique. J'ai reçu, dit-il, de M. Dieulafoy quelques détails sur ce fait important, et si l'Académie le permettait je les lui communiquerais.

De toutes parts : Oui ! Oui !

M. Fontan lit alors une observation dont voici l'abrégé :

Un teinturier, âgé de 42 ans, de constitution cachectique, affecté d'une diarrhée chronique qui durait depuis plus de deux ans, se trouva exposé au froid pendant une course entreprise dans la nuit du 18 octobre 1840, après quelques excès de boisson. Le lendemain, malaise général suivi de douleurs dans le ventre et suppression totale de la diarrhée. Des calmants et un bain apaisent les douleurs ; mais le malade s'aperçoit que son ventre grossit. Le 29 octobre on constate un épanchement abdominal. Le 15 janvier, après un traitement inutile, on appelle M. Dieulafoy comme chirurgien pour faire la ponction. Le malade était alors très affaibli ; son ventre était énormément distendu et il avait les extrémités infiltrées. La ponction fournit 20 litres d'un liquide clair et mousseux. Le 3 février on retire 18 litres de liquide ; le 20, 24 litres. Le 9 mars une nouvelle ponction fournit à peu près la même quantité de liquide. Mais le malade, extrêmement affaibli, éprouve, pendant l'opération, une syncope presque mortelle.

Ce fut alors que M. Dieulafoy eut la première idée d'oblitérer la cavité péritonéale au moyen d'une injection iodée. Le 20 mars, la gêne de la respiration était telle, qu'on craignait à chaque instant que le malade n'expirât. On fit une nouvelle ponction. On avait préparé d'avance l'injection iodée suivante :

Teinture d'iode	32	grammes.
Iodure de potassium	4	—
Eau	150	—

Cette solution fut encore affaiblie au moment de l'injection par l'addition d'une certaine quantité d'eau. Elle fut ensuite poussée dans le péritoine et étendue dans la cavité abdominale, au moyen de la pression de la main.

Le malade dit qu'il éprouvait une sensation de chaleur agréable. Après qu'on eut laissé quelque temps séjourner l'injection, la malade, auparavant couché à plat, fut remis sur le côté, et il sortit par la canule la moitié environ du liquide injecté. Le soir il y eut un peu de réaction fébrile et une légère douleur de l'abdomen que l'on combattit par des frictions mercurielles et un cataplasme. Le lendemain le malade se trouvait mieux.

M. Dieulafoy ne fut rappelé que le 19 avril. Il fit une nouvelle ponction. La cavité péritonéale avait été oblitérée par moitié. C'était la partie supérieure et droite de l'abdomen qui s'était de nouveau développée ; 8 à 10 litres de liquides en furent retirés. M. Dieulafoy pratiqua une nouvelle injection iodée qui présenta à l'observation les mêmes phénomènes que la première.

Le 30 mai, M. Dieulafoy fut encore rappelé. Il constata la réapparition d'une tumeur globuleuse arrondie, qui fournit à la ponction trois litres de liquide environ. Une troisième injection iodée fut pratiquée; mêmes phénomènes, état fébrile, douleurs abdominales.

Huit jours après, le malade était dans un état d'anasarque générale; mais la cavité abdominale ne contenait plus de liquide. M. Dieulafoy cessa de le voir. Le malade se débarrassa de son infiltration à l'aide des purgatifs ; la convalescence fut longue ; mais enfin la santé se rétablit complètement ; le malade reprit son état ; seulement, lorsqu'étant couché il se relevait., il éprouvait du tiraillement dans le ventre, comme si les deux feuillets du péritoine ne jouaient plus l'un sur l'autre avec facilité.

M. Blandin pense que dans l'observation précédente on a eu affaire, non pas à une ascite véritable, mais à un de ces kystes multiloculaires qu'on rencontre si fréquemment dans la pratique. Les injections successives qui ont été pratiquées auraient donc été faites dans autant de kystes distincts et non dans le péritoine. Il ne paraît même pas démontré à M. Blandin que le liquide soit parvenu dans le kyste séreux quel qu'il soit. Ce qui le porte à le croire, c'est que le malade n'a éprouvé aucune douleur.

M. Fontan : L'hydropisie s'est formée en trois semaines ; un kyste séreux ne saurait s'être développé dans un laps de temps aussi court. La disparition de l'hydropisie a été suivie d'un

anasarque général, ce qui a lieu, comme on le sait, assez fréquemment par une sorte de métastase à la suite des ascites, mais jamais à la suite des kystes.

M. VELPEAU ne comprend pas l'interprétation que M. Blandin cherche à donner à ce fait. Peut-on supposer qu'un kyste multiloculaire eût donné vingt-quatre litres de liquide à une seule ponction ? Et en supposant qu'un kyste fût assez volumineux pour donner une pareille quantité de sérosité, cela ne ressemble-t-il pas déjà singulièrement à une ascite?

M. le président interrompt M. Velpeau en rappelant que la clôture de la discussion a été prononcée; il va mettre aux voix les conclusions du rapport.

Ces conclusions sont : 1° de remercier M. J. Roux de sa communication ; 2° de renvoyer son travail au comité de publication ; 3° de le placer en rang honorable sur la liste des candidats aux places de correspondant.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Séance du 3 février.

M. BÉRARD est appelé à la tribune pour faire, au nom d'une commission de onze membres, prise dans chacune des sections de l'Académie, le rapport relatif à la désignation de la section à laquelle devra être affectée la prochaine nomination. La commission a été d'avis de déclarer la place vacante dans la section de médecine opératoire.

M. le rapporteur fonde cette désignation, d'abord sur ce que les médecins sont plus nombreux à l'Académie que les chirurgiens, et ensuite sur ce que le nombre des communications chirurgicales dépasse de beaucoup celui des communications relatives à des sujets de médecine.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

Séance du 9 février.

L'Académie reçoit une lettre de M. Leroy (d'Étiolles), qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

Injections iodées. M. LEROY (d'Étiolles), par la même occasion, adresse les réflexions suivantes au sujet des injections iodées : lorsque, dans le débat, les vertus *spécifiques* de l'iode furent mises en doute, et lorsque l'efficacité de la teinture fut rapportée à l'alcool, je m'attendais à entendre citer le travail de Sabatier, inséré dans le n° 5 des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE. On y trouve ce qui suit, à la 31e observation : « M. Chastanet, » chirurgien de l'hôpital de Lille en Flandre, » après avoir vu M. Plauque, premier chi- » rurgien du même hôpital, injecter avec suc- » cès une certaine quantité d'esprit de vin » *qu'il laissait dans le sac*, a fait usage du » même procédé. Il n'en a employé que » *trois gros* la première fois ; le malade a guéri » *sans douleur* et sans accident. Un autre ma- » lade traité de la même manière a été guéri » en 24 jours. On pourrait, ce me semble, at- » tribuer la réussite de MM. Plauque et Chas- » tanet *à ce qu'ils n'ont injecté qu'une fort pe- » tite quantité d'esprit de vin ;* au lieu qu'on » ne sait combien Monro en a employé, et » M. Sharp en a injecté une once entière. »

Il est vrai que Sabatier conclut en faveur des injections vineuses ; mais cela ne prouve rien pour ou contre l'efficacité du procédé de Plauque ; car, tout en l'approuvant, il ne l'a pas suivi, donnant la préférence à celui de Majault.

— M. BOUSQUET lit un rapport sur un mémoire en langue étrangère, de M. CIPRIANI, de Naples, docteur en médecine et en philosophie, ayant pour titre : *De la puissance de la médecine et des bornes de cette puissance.* Nous regrettons que ce rapport ne se prête pas à l'analyse.

Séance du 17 février.

MM. Vidal (de Cassis), Larrey et Fournier de Lempdes écrivent qu'ils se mettent sur les rangs pour la place vacante dans la section de médecine opératoire. M. Fournier adresse, à l'appui de sa candidature, divers travaux relatifs à la lithotritie et aux maladies génito-urinaires.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la suite du rapport sur l'élection des correspondants.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 janvier.

Traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux sulfureuses thermales pendant l'hiver. —M. LALLEMAND adresse de Vernet une lettre à M. le secrétaire perpétuel sur ce sujet. Nous en extrayons les passages suivants :

« J'ai voulu, dit M. Lallemand dans cette lettre, déposséder l'Italie du monopole de son beau ciel, en prouvant que celui du Roussillon le vaut bien, et j'ai ajouté à cette action du climat, si puissante contre les affections chroniques de toute espèce, l'influence encore plus grande des eaux thermales, qu'on ne peut administrer nulle part en hiver, pas même dans les localités les plus favorisées du ciel ; on n'y a pas même pensé, parce qu'on n'a pas cru la chose possible. Cependant, s'il est une saison dans laquelle il soit plus utile de lutter contre ces affections, c'est surtout en hiver, parce que c'est dans cette saison qu'elles sévissent le plus cruellement et que les rechutes sont plus faciles et plus fréquentes. Il importe donc de guérir ces maladies en hiver, non-seulement pour ne pas faire perdre un temps précieux, mais encore parce que le printemps est la saison la plus favorable à la convalescence, et que les malades ont ensuite tout l'été devant eux pour compléter leur rétablissement chez eux ; tandis que quand ils vont aux eaux en été, ils ne peuvent entrer en convalescence qu'en automne, et retombent nécessairement en hiver sous l'empire des causses qui ont amené le développement de la première maladie.

» Il faut donc faire précisément le contraire

de ce qu'on a fait jusqu'à présent; il faut s'efforcer de guérir ces affections chroniques dans la saison qui leur est le plus contraire, afin que la convalescence coïncide avec les conditions les plus propres à consolider la cure et à prévenir des rechutes toujours à redouter par des temps rigoureux.

» Mais, pour que les eaux thermales puissent être administrées avec avantage en hiver, il faut qu'elles réunissent bien des conditions indispensables dont la plupart ne dépendent pas de la volonté, et ne peuvent être acquises par aucun sacrifice pécuniaire ou remplacées par aucun effort de l'intelligence. Il faut que tout l'établissement puisse être entretenu à une température d'environ 20° C., constante la nuit comme le jour, et uniforme jusque dans les dépendances les plus accessoires, afin de rendre impossible tout refroidissement après les bains, les douches, les étuves, etc.; c'est ce qu'on ne peut obtenir à l'aide des cheminées, des poêles, etc., qui d'ailleurs nécessitent des courants d'air dans les appartements pour entretenir la combustion, et qui ne peuvent être maintenus au même degré d'activité la nuit que le jour. Les poêles, qui ont sur les cheminées l'avantage de chauffer davantage et d'une manière plus uniforme, dessèchent la poitrine; d'ailleurs les poêles et les cheminées ne peuvent chauffer tous les lieux dans lesquels les malades ont besoin de circuler. Enfin le système de chauffage par l'eau de M. Duvoir, qui pourrait remplir toutes les conditions voulues, serait beaucoup trop dispendieux si la température de l'eau circulant dans les tubes devait être entretenue par un combustible. Il faut donc que ce soient les eaux thermales qui passent dans les conduits pour que la température soit égale, partout constante nuit et jour, et ne coûte que les frais de premier établissement. Mais pour cela il faut que la source ait au moins 60° pour céder assez de chaleur dans tout son parcours, qu'elle soit très abondante pour ne pas s'épuiser, et ne soit pas indispensable à l'administration des bains, douches, etc.; il faut aussi qu'elle soit plus élevée que le bâtiment pour pouvoir circuler partout. D'un autre côté, il est indispensable que les appartements des baigneurs soient unis à l'établissement thermal, pour que les malades n'aient à traverser pour rentrer chez eux que des lieux aussi chauds que leur appartement.

» Ce n'est pas tout encore : les malades ne peuvent rester sans inconvénient confinés constamment dans un établissement quelconque, quelque vaste qu'il soit; ils ont besoin de respirer de temps en temps l'air du dehors, de s'exposer aux rayons bienfaisants du soleil; il faut donc qu'un établissement thermal pour l'hiver soit situé dans un climat qui permette plusieurs heures d'exercice par jour, dans la saison la plus rigoureuse.

» C'est parce que j'ai trouvé toutes ces conditions réunies à Vernet que j'ai poussé les propriétaires à les mettre à profit. Si tout ce qui précède est applicable en général à toutes les affections chroniques, c'est surtout à celles qui ont leur siége dans les organes de la respiration. Mais ici se présente une circonstance tout-à-fait spéciale et de la plus haute importance. Tout le monde sait que les eaux hydro-sulfureuses sont d'un puissant secours contre toutes les affections anciennes des poumons. On connaît en particulier la réputation des Eaux-Bonnes contre tous les cas de cette nature; mais comment les emploie-t-on en général? En bains, surtout en boissons. Les Eaux-Bonnes ne s'administrent même que sous cette forme à cause de leur basse température. Si les eaux sulfureuses sont si utiles contre les affections pulmonaires chroniques, appliquées seulement à la peau ou introduites dans les organes digestifs, de quelle efficacité ne doivent-elles pas jouir lorsqu'elles sont mises en contact immédiat avec les tissus mêmes qui sont malades, lorsqu'elles pénètrent, en un mot, dans les dernières ramifications des vésicules aériennes? Tous les praticiens ont senti l'importance de cette action directe, immédiate, et plusieurs ont imaginé divers moyens de faire respirer aux malades de l'air chargé de principes médicamenteux. Ces essais n'ont pas été suivis de succès, parce que la respiration avait lieu à travers des tubes plongeant dans les vapeurs destinées à pénétrer dans les poumons; il en est toujours résulté une gêne dans la respiration qui ne permettait pas de prolonger cette espèce de supplice au delà de quelques minutes. Pour obvier à cet inconvénient capital, j'ai imaginé de faire vivre, en quelque sorte, ces malades dans l'atmosphère même des eaux sulfureuses, en leur réservant un immense local dans lequel la vapeur, arrivant par en bas et s'échappant par en haut, entretient la température de ce courant continu à 18 ou 20 degrés centigrades environ; température qu'on peut, au reste, faire varier à volonté, ainsi que la quantité de vapeur en circulation.

» Dans le principe on n'y reste qu'une heure ou deux matin et soir, mais on s'y habitue bientôt de manière à y rester douze heures par jour sans la moindre incommodité, en s'y livrant aux mêmes occupations que dans son cabinet. On peut imaginer quelle puissante influence une médication aussi directe, aussi permanente, peut exercer sur les organes affectés; elle est telle que dès les premiers jours les malades en éprouvent un effet sensible.

» En ce moment il y a dans l'établissement plusieurs phthisiques qui sont guéris depuis deux ou trois ans, et qui y reviennent passer les plus mauvais jours de l'hiver dans la crainte de quelque rechute; plusieurs ont même quitté Pise ou Naples pour revenir se plonger dans les vapeurs qui leur avaient été salutaires et que le plus beau climat ne peut remplacer. Notez bien que je parle ici de phthisies tuberculeuses bien constatées par l'auscultation, de phthisies accompagnées de sueurs nocturnes, de diarrhées colliquatives, enfin de tous les symptômes qui accompagnent la dernière période de cette terrible maladie.

» C'est donc une révolution à introduire dans la thérapeutique de ces affections, non-seulement quant à l'administration des eaux sulfureuses, mais encore quant au mode de leur emploi, puisqu'il s'agit de les faire pénétrer jusqu'aux tissus altérés comme on applique un topique sur un mal extérieur, et cela pendant des journées entières s'il le faut. Depuis longtemps j'avais constaté ce résultat sous ce double rapport. »

Séance du 2 février.

Etudes sur le bégaiement et la parole. — M. le docteur SERRE (d'Alais) lit sur ce sujet un mémoire dans lequel il expose un système de guérison jugé par une longue expérience faite sur lui-même.

Les principes sur lesquels ce système repose sont les suivants : 1° une volonté inébranlable; 2° l'équisyllabisme; 3° les gestes régulateurs et modulateurs des sons.

La première de ces conditions, et la plus importante, consiste à opposer l'ordre au désordre des syllabes, en mettant entre elles des intervalles égaux. On doit avoir soin d'étendre largement les mouvements des muscles vocaux, afin de leur donner, à la longue, la docilité, la souplesse et la vigueur qui leur manquent. Toutes les syllabes, les muettes exceptées, doivent prendre le même temps, être bien articulées et parfaitement liées entre elles. C'est là une règle fondamentale avec laquelle il faut s'identifier, et dont la monotonie sera atténuée par l'accent, l'intonation, l'écoulement lent et rapide de certains groupes de syllabes, conservant entre elles, cependant, des espaces relativement égaux.

L'action seule de l'intelligence ne peut toujours suffire à la régularisation des syllabes; de là la nécessité d'avoir recours aux mouvements de la main ou de toute autre partie du corps. M. Serre distingue les gestes, sous ce rapport, en gestes régulateurs et gestes modulateurs. A la première difficulté de prononciation, il devient indispensable d'avoir recours aux mouvements de la main ou de toute autre partie du corps, isochrones avec la sortie des syllabes; ce sont les mouvements régulateurs. Puis, s'il devient utile d'élever mécaniquement la voix, de lui faire subir des inflexions et des modulations, ces mêmes gestes, convenablement renforcés, convertis en sortes de *pédales*, concourent à l'accomplissement de cette fonction physiologique.

Assainissement des amphithéâtres d'anatomie.—M. le docteur SUCQUET, préparateur du musée d'anatomie de l'École de médecine de Paris, a obtenu les résultats les plus heureux au moyen des solutions de sulfite de soude et chlorure de zinc.

Les premiers essais de l'auteur avec le sulfite de soude remontent à la fin de l'année 1844. Ils avaient pour objet de conserver les sujets de dissection pendant un mois ou quarante jours, sans altération des qualités physiques des tissus et aussi sans altération des instruments destinés au travail, double résultat qui n'avait point encore été atteint jusqu'à présent. Les premières tentatives furent heureuses sous tous les rapports, et le doyen de l'École de Paris constata, dès le commencement de 1845, des exemples de conservation très satisfaisante. Elle se maintenait un mois, 35, 40 et 45 jours. Des succès plus complets se sont réalisés et depuis plus de deux mois les pavillons de l'École pratique ne reçoivent que des sujets conservés.

Chaque cadavre reçoit une injection de quatre litres de sulfite de soude à la température ordinaire. Au bout de 6 à 8 heures le liquide a passé des artères dans tous les parenchymes. Le sujet peut, au bout de ce temps, être injecté au suif, par l'aorte, pour l'étude de l'angéiologie. Les autopsies sont partiellement injectées vers les artères carotides, sous-clavières et iliaques.

L'École pratique a reçu, depuis le 12 novembre 1845, près de 200 sujets injectés. Ces sujets restent dans les salles 20 à 30 jours en général. Les amphithéâtres sont aujourd'hui sans odeur appréciable.

L'action conservatrice du sulfite de soude n'est cependant pas absolue et indéfinie. Lorsqu'une région du corps a été disséquée et reste après son étude exposée au contact de l'air, elle s'altère au bout de 10 à 15 jours. Cette putréfaction demande alors l'emploi de moyens antiseptiques plus actifs et irrévocables, et le chlorure de zinc suffit alors à cette tâche.

Les parties abandonnées et découvertes, les cavités du tronc des autopsies sont lavées avant leur altération avec la solution des chlorures. Tous les matins, un service particulier organisé dans ce but et sous la direction de M. Sucquet, visite chaque table et imbibe de chlorure de zinc les parties dont l'étude est terminée et dont l'altération perpétuerait une infection dangereuse. Si l'épiderme se détache des téguments, il est enlevé avec une éponge, et la peau lavée avec la solution indiquée devient désormais imputrescible.

Séance du 16 février.

Productions piliformes de la langue. — M. LANDOUZY, professeur à l'École de médecine de Reims, s'est occupé, depuis quelque temps, d'études spéciales sur la surface de la langue à l'état physiologique et à l'état pathologique. Il est arrivé à conclure que la coloration brune ou noire de cet organe, si fréquente dans les affections adynamiques, tient, dans la plupart des cas, à l'existence d'appendices piliformes qui paraissent provenir des villosités de la muqueuse linguale. Il pense même que tout ce que l'on a appelé jusqu'ici *enduits* de la langue tient au développement de ces appendices, de quelque couleur que soit l'enduit.

En effet, depuis le 15 novembre dernier, il a observé quatorze cas dans lesquels la langue était noire ou brune, et dans tous les cas la coloration était due à ces productions piliformes qu'il a présentées antérieurement à l'Académie. En joignant à ces cas ceux de pleurésie et

d'érythème noueux signalés dans la première communication qu'il a faite à l'Académie royale de médecine en novembre dernier, il a donc 16 cas dans lesquels la coloration noire de la langue est due au développement de productions piliformes.

Ces poils sont, en apparence, tellement semblables aux poils de la peau, qu'à l'œil nu il serait difficile de les en distinguer, bien qu'en réalité ils en diffèrent notablement.

Ces productions piliformes, qui sont à l'epithelium ce que les poils sont à l'épiderme, ont de 1 à 15 millimètres de longueur sur 1/5 à 1/200 de millim. d'épaisseur. La plupart sont coniques; un grand nombre sont disposés en faisceaux et semblent se diviser en plusieurs branches partant d'un tronc unique; leur présence ne paraît altérer ni la voix, ni le goût, ni la mastication; cependant, lorsqu'ils sont longs, ils causent, en général, une sensation incommode au fond du palais : par leur frottement incessant contre la luette, ils causent ce chatouillement incommode qui se manifeste souvent à la gorge vers la convalescence, et que les malades et les médecins ne savaient comment expliquer.

Après de nombreuses recherches dans les auteurs, M. Landouzy n'a trouvé que deux exemples analogues, le premier dans Meckel, le second dans Portal; encore sont-ils énoncés sans le moindre développement.

Des maladies des ouvriers employés dans les fabriques d'allumettes chimiques. — M. Th. Roussel adresse un travail sur ce sujet. On a déjà signalé quelques-uns des accidents produits par cette fabrication. M. Gendrin a insisté récemment sur la gravité des bronchites qui affectent les ouvriers des fabriques d'allumettes. Quelques médecins allemands ont aussi accusé cette fabrication de produire des affections de la bouche et des os maxillaires qui produisent des nécroses étendues et se terminent fréquemment par la mort.

M. Th. Roussel s'est livré à des recherches spéciales sur ce point d'hygiène publique, et l'examen des ouvriers employés à la fabrication des allumettes lui a, en effet, démontré l'existence non-seulement d'affections plus ou moins intenses des voies respiratoires, mais encore d'affections des gencives et des os maxillaires se terminant par la nécrose et quelquefois par la mort des malades. Tous ces individus étaient habituellement exposés aux vapeurs phosphorées.

Les mesures que M. Roussel croit capables d'assainir la fabrication des allumettes consistent : 1° dans la séparation complète des ateliers, afin de soustraire les plus considérables aux émanations phosphorées; 2° dans l'établissement des moyens convenables de ventilation dans les ateliers qui ne peuvent être complètement débarrassés de ces émanations.

Phénomène extraordinaire d'électro-magnétisme chez une jeune fille. — Angélique Cottin, âgée de 13 ans, villageoise du département du Finistère, ouvrière dans une fabrique de gants en filet pour les dames, sachant lire et écrire, mais d'une intelligence bornée, dévidait de la soie dans les premiers jours du mois de janvier avec ses compagnes d'atelier, lorsque tout-à-coup le tour qu'elle faisait mouvoir fut projeté au loin. Ne sachant comment expliquer cet accident, les jeunes filles remirent le tour à dévider en place et recommencèrent à travailler. Mais le même évènement s'étant renouvelé, on reconnut bientôt qu'Angélique Cottin était la cause de ce fait extraordinaire.

MM. les docteurs Verger et Cholet furent appelés tour à tour à visiter Angélique, et les phénomènes qu'elle manifestait leur parurent si singuliers qu'ils décidèrent son père et sa mère à l'amener à Paris, où elle se trouve avec M. le docteur Cholet, rue des Deux-Écus, hôtel de Rennes. Ces jours derniers, Angélique a été conduite dans le cabinet de M. Arago à l'Observatoire, et l'illustre astronome a consenti à être témoin des expériences suivantes, en présence de MM. Mathieu, Laugier et Goujon :

La main gauche d'Angélique Cottin a attiré vivement une feuille de papier sur le bord d'une table.

Angélique, tenant son papier à la main, s'est approchée d'un guéridon, et le guéridon a été repoussé tandis que le tablier l'effleurait à peine.

Angélique s'étant assise sur une chaise et ayant posé ses pieds à terre, la chaise a été projetée avec une violence extraordinaire contre la muraille, tandis que la jeune fille était jetée d'un autre côté. Cette expérience a été recommencée plusieurs fois de suite par M. Arago, et elle a toujours réussi. M. Arago n'a pas pu empêcher la chaise d'être repoussée. MM. Goujon et Laugier ensemble n'ont pas été plus heureux. Enfin, M. Goujon, s'étant assis à l'avance sur la moitié de la chaise, a été renversé avec celle-ci au moment où Angélique est venue pour partager le siége avec lui.

Tels sont les faits dont M. Arago a été témoin dans l'espace d'une demi-heure.

Une commission est nommée pour examiner cette fille extraordinaire.

NOUVELLES MÉDICALES.

Le projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine doit être présenté à la Chambre des députés dans les premiers jours de mars.

—Programme des prix décernés et proposés par la Société de médecine de Bordeaux dans sa séance annuelle du 30 décembre 1845.

Prix décernés. — La Société avait proposé un prix de la valeur de 500 fr. sur la question suivante : «Quelle influence l'industrie exerce-t-elle sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers? »

La Société a reçu cinq mémoires en réponse à cette question. Elle accorde :

1° Une médaille de 300 fr. et le titre de

ıémbre correspondant à M. le docteur Thouenin, médecin à Lille ;

2° Une médaille de 200 fr. à M. le docteur ;erbaud, médecin à Lyon, déjà couronné dans n concours précédent et membre correspondant de la Société ;

3° Une mention honorable et le titre de ıembre correspondant à M. le docteur Lehaptois, médecin à Bolbec (Seine-Inférieure).

La Société a reçu, en outre, un assez bon ombre de mémoires manuscrits sur divers suets. Elle accorde :

1° Une médaille d'encouragement au docteur Lafargue pour son travail sur les difficultés du diagnostic des tumeurs : ce médecin ıabitant Paris, elle regrette que son règlement ui interdise d'ajouter à cette preuve de son stime le titre de membre correspondant ;

Une médaille d'encouragement à M. le docteur Lefèvre, professeur à l'École de médecine e Rochefort, auteur d'un mémoire intéressant sur la question de l'antagonisme entre la ièvre intermittente, la fièvre typhoïde et la ›hthisie pulmonaire ;

3° Une première mention honorable et le itre de membre correspondant à M. le docteur Foucart pour un mémoire sur l'arthrite onsécutive à la blennorrhagie ;

4° Une seconde mention honorable à M. le locteur Philippe, membre correspondant, auteur de recherches intéressantes sur l'éducaion de l'ouïe chez les sourds.

Prix proposés. La Société propose pour suet d'un prix de la valeur de 500 fr., qu'elle décernera en 1847, la question suivante :

« De la morve chez l'homme et sa transmission des animaux à l'espèce humaine. »

Elle accordera en outre des médailles d'or ›u d'argent aux médecins qui proposeront des ıméliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverront des ravaux relatifs soit à la topographie médicale l'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin soit à tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitants le cette contrée de la France.

Indépendamment des prix et des récompenses sur ces sujets spéciaux, la Société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou observations manuscrites sur quelque point de l'art de guérir.

Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager la vaccine, la Société décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir les tableaux authentiques les plus complets des vaccinations qu'ils ont pratiquées, et des remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de cette méthode. Ces tableaux, dûment légalisés, doivent renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfants vaccinés, et les observations intéressantes à recueillir.

Les mémoires, écrits très lisiblement, en latin, français, italien, anglais, allemand, doivent être rendus, francs de port, chez M. Burguet, secrétaire-général de la Société, rue Fondaudège, 67, avant le 15 mars 1847.

Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître et d'envoyer, à cet effet, leurs mémoires selon les formes académiques ; sont exceptés, néanmoins, de cette condition les mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux des vaccinations.

—Prix offert par M. le docteur BONAFOUS et proposé par l'Académie royale d'agriculture de Turin :

« Démontrer par des arguments et des faits l'influence que la culture des rizières exerce sur la santé. Et, supposant que cette influence pernicieuse soit bien démontrée, suggérer des règles hygiéniques capables de la neutraliser, et concilier, s'il est possible, la culture du riz avec la santé des personnes qui le cultivent. Enfin, exposer si la forme des produits qu'on retire des rizières compense la somme des inconvénients qu'elle procure. »

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 500 fr. Les mémoires, écrits en italien ou en français, devront être envoyés au secrétariat de l'Académie dans le courant de décembre 1846.

Hôpitaux.—Un arrêté du conseil des hôpitaux défend qu'aucun enseignement soit donné par les chefs de service aux personnes du dehors, sans qu'au préalable ils en aient obtenu l'autorisation spéciale. Cette décision générale a été portée à l'occasion de la demande d'une clinique faite par un chirurgien des hôpitaux, demande qui a été rejetée. Le conseil s'est fondé sur ce principe : que les cliniques sont toujours une cause de souffrances physiques et morales pour les malades, et que dès lors il n'y a lieu à autoriser que les cliniques de la Faculté d'une part, et d'autre part les cliniques spéciales qui ne rentrent pas dans le cadre de l'enseignement officiel.

La commission permanente du Congrès médical s'est rendue chez le préfet de la Seine pour le prier de ne pas ratifier la décision du conseil.

—M. ORFILA a donné sa démission de membre du conseil général des hospices. Cette démarche a été provoquée par une dissidence grave au sujet des cliniques de la Faculté.

—Il est fortement question d'une mesure prise par M. le doyen de l'École de médecine, et qui consisterait à demander aux Chambres une somme pour achever le bâtiment de l'hôpital des cliniques et compléter ainsi ce bel établissement. Si nous sommes bien informés, le projet de M. Orfila serait d'affecter, dans une salle particulière de cet établissement, douze lits aux élèves en médecine malades, qui trouveraient dans cette infirmerie tous les soins désirables. Les professeurs de clinique de la Faculté feraient le service à tour de rôle. On ne saurait trop applaudir à cette mesure, et désirer qu'elle reçoive une prompte exécution, si l'on considère qu'il y a constamment, dans les hôpitaux de Paris, un certain nombre d'élèves en médecine confondus avec les autres malades.

Rouen.—Une souscription est ouverte à Rouen et à Paris pour élever une statue au docteur FLAUBERT, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, dont nous avons annoncé la mort dans notre dernier n°. Les souscriptions seront reçues à Paris, à la librairie médicale de Victor Masson, 1, place de l'École de médecine.

Chaire de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier. Le concours pour cette chaire vient de se terminer par la nomination de M. BOYER, déjà professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. Le jury, en se prononçant en faveur de M. Boyer, a fait une mention très honorable des épreuves de M. Alquié, un de ses compétiteurs moins heureux.

—Le journal que le célèbre Hufeland créa en 1795 et qui, après sa mort, avait été continué par le docteur Busse, sous le titre de *Hufeland's journal*, a cessé de paraître, après un cours non interrompu de 50 années.

Constantinople. Il est question d'ériger un hôpital civil dans cette ville. Les constructions en seront faites aux frais de la sultane mère, qui se proposait, d'après un ancien usage, de faire bâtir une mosquée du superflu de ses immenses revenus. Mais on lui a fait entendre qu'il y aurait plus de mérite à bâtir un hôpital. Lorsque les constructions seront terminées, ce sera l'État qui se chargera de l'entretien de cet hôpital.

L'École de médecine de Galata-Seraï fait des progrès remarquables. On y a institué des cours pour les pharmaciens et les sages-femmes; les autopsies y sont plus fréquentes que jamais, et l'on y a fait l'acquisition d'un cabinet pathologique du docteur Thibert.

Monument à Helvétius. — Il est question de placer, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu de Paris, le buste d'Adrien Helvétius, célèbre médecin, aïeul de l'auteur du livre de *l'Esprit*, qui découvrit à Paris, en 1686, l'usage de l'ipécacuanha. On sait qu'Helvétius reçut, pour cette découverte, une récompense de 1,000 louis d'or de Louis XIV, gratification qui fut pour lui la source de sa fortune et de nombreux honneurs.

— On lit dans la *Gazette médicale belge* :

« Un chimiste allemand vient de découvrir un mystère singulier, en analysant les gaz contenus dans le vin de Champagne d'un négociant de Reims, qui a, depuis plusieurs années, le privilége d'une vogue presque exclusive dans le pays de Wurtemberg. Le sieur Richard Hartmann, de Chemnitz, soutenait qu'il lui était impossible de garder son sérieux après avoir bu un seul verre de vin à la marque de M. S. En effet, après de nombreuses expériences, on se décida à soumettre quelques bouteilles de ce joyeux liquide au professeur Liebig, qui découvrit bientôt la cause de ce phénomène; ce vin contenait un volume de gaz acide carbonique et deux volumes de gaz *hilariant* ou *deutoxyde d'azote*, qui a la propriété, comme on sait, de remplir de joie et de bien-être ceux qui le respirent, sans qu'il en résulte aucun effet nuisible à la santé, comme après l'ivresse produite par l'opium ou le *hachich.* »

Espagne. — Une loi sur la médecine, dans ce royaume, a été publiée à Madrid, le 17 septembre dernier. Il est créé cinq Facultés de médecine: à Madrid, à Barcelone, à Santiago, à Valence et à Séville; et deux écoles de pharmacie: à Madrid et à Barcelone. Les chaires seront données au concours. Les professeurs seront divisés en trois degrés. Les trois sixièmes seront du premier degré, c'est-à-dire d'entrée; deux sixièmes entreront dans le second degré; l'autre sixième correspondra au plus haut grade. Ces positions ou degrés s'acquerront par le concours qui aura lieu parmi tous les professeurs du royaume ayant une chaire analogue. Les chaires sont inamovibles. On ne pourra concourir pour un degré supérieur qu'après trois ans d'exercice ou de professorat dans chaque grade. Les honoraires sont réglés d'après l'ancienneté et la catégorie; il y a 4 classes: 20 professeurs à 18,000 réaux (4,500 fr.); 50 à 16,000 réaux (4,000 fr.); quatre-vingts à 14,000 réaux (3,500 fr.), et tous les autres à 12,000 réaux (3,000 fr.).

Les étudiants, pour être admis aux Facultés de médecine, devront être bacheliers en philosophie, et avoir étudié pendant un an au moins la chimie, la minéralogie, la zoologie et la botanique.

Sept années d'études médicales sont exigées. Pendant l'une de ces sept années, les élèves seront tenus de suivre un cours de langue grecque. Les cinq premières années d'études donneront le titre de bachelier en médecine, les deux autres années celui de licencié et le droit d'exercer dans toute la monarchie.

On ne pourra être reçu docteur qu'à Madrid.

—Il vient de se former à Madrid une société de secours mutuels entre les élèves en médecine et en chirurgie. Le but de cette institution est de secourir les associés dans le cas d'emprisonnement, pour des causes non infamantes, et de leur procurer des honneurs funèbres en cas de décès.

Nécrologie.—Le docteur DELENS, membre de l'Académie royale de médecine, ancien inspecteur général de l'Université, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, est décédé le 18 février. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe.

—M. COMBAZ, doyen des pharmaciens et pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, vient de mourir.

—Nous avons aussi à annoncer la mort de M. HUSSON fils et de M. le docteur LOUIS. Ce dernier était secrétaire général de la Société médicale du Temple.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 4. — AVRIL 1846.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique médicale.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Services de MM. Andral et Rayer.

Constitution médicale de janvier et de février 1846. — Observations de métro-péritonites et de péritonites.

Les péritonites et les métro-péritonites ont fait le fond de la constitution médicale des mois de janvier et de février. Non-seulement on a observé et on observe encore ces maladies à l'état d'épidémie dans les services spéciaux d'obstétrique; mais on a vu aussi ces affections en nombre inusité dans les grands hôpitaux, à l'Hôtel-Dieu et à la Charité surtout. Il y en a eu cinq à la fois dans le service de M. Andral, autant et peut-être plus dans celui de M. Rayer.

Cinq ou six jeunes femmes nouvellement accouchées, la plupart primipares, ont été, dans l'espace de quelques jours, reçues dans le service de ce dernier pour des douleurs hypogastriques, le plus souvent limitées dans la fosse iliaque interne, à droite ou à gauche, avec des irradiations dans les parties environnantes et jusque dans la direction des nerfs cruraux. Rarement la péritonite a été générale : la maladie, chez la plupart, paraissait constituée par une tumeur dans une des fosses iliaques ou dans les deux. Cette tumeur, du volume du poing ou des deux poings, dure, très sensible au toucher, était un véritable phlegmon du tissu cellulaire, qui, dans quelques cas, s'est terminé par résolution, et dans d'autres s'est abcédé, sans entraîner nécessairement la mort pour cela; c'est du moins ce que M. Rayer a observé dans sa pratique civile sur une malade chez laquelle M. Roux a pu donner issue au dehors au pus qui s'était fait jour à travers le canal crural. La femme a guéri, mais après avoir inspiré les craintes les plus vives. Une circonstance fort remarquable chez elle, c'est que la maladie à son début avait affecté la forme d'une sciatique très intense, ce qui était probablement dû à ce que l'inflammation pelvienne s'était étendue à la gaîne du nerf sciatique. La malade avait donc été traitée pour une sciatique jusqu'au moment où on avait pu constater par le toucher un engorgement dans le tissu cellulaire profond de la fosse iliaque. C'est là une de ces difficultés de diagnostic qu'il est bon d'avoir à l'esprit dans des cas analogues.

Une des malades du service de M. Rayer a été moins heureuse. La vessie s'est trouvée comprise dans le travail de suppuration, et lorsque M. Velpeau a ouvert l'abcès qui proéminait sur le bord externe du muscle droit, le pus qui en est sorti était mêlé d'urine. L'urine a ensuite coulé par cette ouverture, tandis qu'en même temps il sortait du pus par l'urèthre. Cette femme, qui était entrée très faible à l'hôpital, a succombé.

— Les péritonites que nous avons observées dans le service de M. Andral ont aussi offert le même caractère de localisation restreinte. Elles ont eu moins de gravité que les métro-péritonites du service de M. Rayer : elles avaient en leur faveur d'être la plupart des péritonites non puerpérales ou simples. Une seule était une péritonite puerpérale, qui a passé depuis à l'état chronique. Les symptômes aigus se sont dissipés; mais la malade est encore dans les salles avec une métrite chronique.

Deux cas de péritonites se sont développés chez ces femmes sans la moindre cause appréciable, et peuvent être considérés comme des péritonites spontanées, quoique des auteurs aient nié l'existence de ces dernières.

Une malade a succombé après avoir présenté tous les symptômes d'une péritonite intense. C'était une femme de trente-deux ans; elle était entrée dans un état qui avait d'abord fait croire à une congestion cérébrale. Des renseignements ultérieurs ont ensuite donné lieu de penser qu'elle avait eu une indigestion et que c'est à la suite de cette indigestion que la péritonite s'est développée. Mais il a été impossible d'obtenir d'elle rien de précis sur l'origine de la maladie. Du 27 janvier, jour de son entrée, jusqu'au 14 février, elle a eu continuellement des vomissements de matières bilieuses verdâtres que rien ne pouvait arrêter. On l'a traitée par une saignée du bras, d'abord, et l'application d'une centaine de sangsues sur l'abdomen. Tout-à-coup les vomissements, les douleurs abdominales et autres symptômes de péritonite ont cessé; mais il est survenu de vives douleurs au bras gauche. Le 18, toutes les douleurs étaient calmées; le ventre était parfaitement indolent; mais, au lieu de dou-

leurs locales, il y avait une sorte d'angoisse générale. Il y avait 144 pulsations très faibles. Cette femme mourut le lendemain après un peu de délire. A l'autopsie, on ne trouva aucun épanchement séreux ou séro-purulent dans la cavité péritonéale, de sorte qu'au premier abord on eût cru qu'il n'existait rien, mais une foule d'abcès et de fusées purulentes se montraient bientôt à mesure qu'on les cherchait, disséminés dans tous les points du péritoine, depuis la région diaphragmatique jusque derrière l'utérus. Le tissu de celui-ci était sain, ainsi que celui du foie; il n'y avait rien dans le poumon ni dans la cavité encéphalique. On trouva du pus en abondance dans les articulations scapulo-humérale et huméro-cubitale du membre thoracique gauche où la malade avait éprouvé des douleurs si vives quelques jours avant sa mort. Il n'existait rien dans les autres articulations.

—Nous terminerons par l'histoire d'un cas de péritonite qui paraît avoir eu pour point de départ primitif une blennorrhagie syphilitique. Morgagni a déjà cité des faits de ce genre. Il est rare, néanmoins, de voir une blennorrhagie causer une ovarite, puis ultérieurement une péritonite.

Obs. — Une jeune fille de vingt ans, de constitution moyenne, un peu chlorotique, était entrée dans le service de M. Andral, le 19 décembre 1845, pour une blennorrhagie spécifique. Cette affection parcourait paisiblement ses périodes et touchait à sa fin sans beaucoup fixer l'attention, lorsque, le 11 janvier 1846, la malade fut prise, sans cause connue, de frissons violents qui furent bientôt suivis d'une douleur très vive au flanc droit, dans la région de l'ovaire. Il y avait eu seulement quelques douleurs abdominales irrégulières les jours précédents. Le même jour il y a eu des vomissements d'une matière verdâtre couverte d'une sorte de mousse laiteuse.

Le 12 janvier, la douleur était encore très vive dans le flanc droit; latéralement elle paraissait limitée par la ligne blanche; mais elle remontait fort haut dans la moitié droite du corps et s'étendait sympathiquement jusque dans l'épaule; le moindre mouvement exaspérait les douleurs; le ventre était un peu ballonné; cependant la malade supportait fort bien le poids des couvertures. Face vivement injectée; 124 pulsations dures. (Saignée de trois palettes le matin; 30 sangsues sur le ventre, le soir; cataplasme mince; lavement émollient; limonade tiède édulcorée au sirop de gomme; diète.)

13 janvier, il y avait encore eu des vomissements de bile verte la veille; la saignée présente une couenne inflammatoire très forte; sérum abondant; langue pâle; soif vive; douleurs encore très vives dans le flanc droit; aussitôt qu'on remue la malade, elle lâche sous elle des selles vertes. Le ventre n'est pas plus ballonné qu'hier; 160 pulsations; 48 respirations; figure assez bonne néanmoins. (Prescription absolument la même qu'hier.)

14 janvier, toujours les mêmes vomissements bilieux; langue pâle et humide; soif vive: la malade a perdu beaucoup de sang par les sangsues; douleurs abdominales moindres; 144 pulsations, petites; 32 respirations. (Eau de gomme; cataplasme sur le ventre.)

16 janvier, plus de vomissements depuis hier, ni de selles involontaires; intelligence nette, parole ferme; mais la malade, antérieurement chlorotique, est très affaiblie; ses traits sont très pâles; elle a des nausées quand on la remue; elle a eu des défaillances dans la journée d'hier; le ventre n'est plus ballonné; on peut le presser. (Orge; cataplasme.)

20 janvier, la malade est très pâle; elle a du souffle continu à gauche, la langue est pâle; la douleur a quitté le côté droit, siége primitif du mal, pour passer du côté opposé; plus de dévoiement; 120 pulsations. (Eau vineuse; potage à la semoule; deux bouillons.)

Les jours suivants offrent un état stationnaire; la douleur a disparu des deux flancs, mais on en développe dans le droit, particulièrement en le pressant fortement, et l'on sent de la résistance dans la fosse iliaque droite; le pouls reste toujours fréquent, dans les environs de 112; le souffle carotidien persiste; la malade entend des bourdonnements d'oreilles; elle a souvent des syncopes.

6 février, pâleur toujours très grande de la face; souffle carotidien au maximum; 112 pulsations; cependant les forces reviennent un peu; la malade se lève environ une heure par jour; les mouvements qu'elle fait ne lui causent pas de douleurs dans l'abdomen, mais la pression de la main est toujours douloureuse dans le flanc droit, et l'on sent un empâtement très marqué dans la région ovarique: on a observé aussi le même engorgement à gauche ces jours derniers, mais il a ensuite disparu. (20 sangsues dans le flanc droit; eau vineuse.)

11 février, pas de changement dans l'état tant général que local; le pouls est toujours fréquent et dur; il y a tous les signes rationnels d'une collection purulente péritonéale. Néanmoins la malade veut s'en aller, malgré toutes les représentations qu'on lui fait sur la gravité de son état.

Diabétiques de la Charité. —Nouveau mémoire de M. Bouchardat sur le diabète sucré.—Théorie de M. Miàlhe.

La diabétique du n° 29 de la salle Sainte-Marthe (service de M. le professeur Andral), dont nous avons annoncé la mort en note dans notre dernier n°, s'est éteinte le 27 février.

Nous avions signalé chez elle, dans le n° de février, l'apparition subite de symptômes vermineux, la seule maladie intercurrente qu'elle ait eue à l'hôpital. Cette femme a vomi quelques vers, les 22 et 24 janvier; mais ces symptômes vermineux n'ont pas persisté. C'est cependant à leur suite que s'est déclarée la diarrhée colliquative qui, jointe à une adynamie extrême,

est venue terminer la scène. Les dernières phases de cette singulière maladie ont encore présenté quelques particularités dignes de remarque. La malade était dans le dernier degré de marasme et de faiblesse ; elle était dans un état d'engourdissement général et éprouvait la plus grande difficulté à lever les membres, que néanmoins elle digérait encore les aliments qu'on lui offrait à discrétion. La fermeté de la voix contrastait aussi avec la résolution générale des forces. L'intelligence a été nette jusqu'à la veille de la mort. Le 25 février, il y a eu des selles involontaires. Le 26, la malade se plaignait de lourdeur dans les jambes et dans la tête ; celle-ci était inclinée à droite ; on eût dit que la malade ne pouvait la porter ; la voix était néanmoins encore ferme. Il y avait eu du délire dans la matinée. La malade est ensuite tombée dans un affaiblissement extrême, a perdu connaissance et s'est éteinte le 27 vers midi.

Autopsie. — Marasme au dernier degré. Téguments de l'abdomen verdâtres.

Les reins sont fortement congestionnés, mais non hypertrophiés ; leur substance corticale est d'un rouge vif ; les cônes de la substance tubuleuse ont une teinte brune. Le tissu des reins est d'une densité ordinaire.

Le foie est d'une teinte rouge uniforme et congestionné comme les reins. A sa partie postérieure, sous le ligament coronaire, il présente un kyste hydatidique de la grosseur d'un marron d'inde. Les hydatides sont jaunes, molles et revenues sur elles-mêmes.

Rate volumineuse, dense, augmentée d'un tiers.

Les glandes mésentériques sont toutes remarquables par leur grand développement et leur densité.

L'estomac, à sa surface interne, présente des rides nombreuses ; la muqueuse est dense et d'une teinte ardoisée.

L'intestin grêle contient une matière muqueuse, colorée en rouge par places, surtout à la partie supérieure du jéjunum. Les valvules sont volumineuses dans toute l'étendue de l'intestin grêle. Dans l'iléon on trouve alternativement des portions pâles et d'autres comme teintes de sang. Éruption folliculaire confluente à la fin de l'intestin grêle et se continuant dans le cœcum et le colon ; huit à neuf plaques de Peyer font saillie au-dessus du niveau de la muqueuse. On observe aussi une toute petite ulcération. Vers le colon descendant la muqueuse intestinale commence à s'injecter et à prendre une teinte brune qu'elle conserve jusqu'au rectum.

On trouve un demi-verre de liquide environ dans chaque cavité pleurale. Le tissu des poumons est sain, sauf un petit tubercule au sommet du poumon gauche et plusieurs petites agglomérations tuberculeuses plus considérables au sommet du poumon droit. (Cette petite quantité de tubercules, qui n'a donné pendant la vie aucun signe physique ni rationnel de son existence, ne suffit pas pour expliquer la mort ; mais elle confirme ce que les auteurs ont dit de la tendance des diabétiques à devenir tuberculeux. On peut supposer que cette femme, si elle eût pu résister plus longtemps à l'influence directe du diabète, aurait fini par devenir phthisique.)

Le cœur est d'un petit volume ; quelques plaques cartilagineuses au péricarde.

Cerveau mollasse ; un peu de sérosité dans les ventricules.

—La diabétique du n° 6 (même salle) est à peu près dans le même état que celui où nous l'avons laissée le mois dernier. Au commencement de mars la proportion de sucre a notablement augmenté dans les urines et est remontée à 12 grammes après être descendue à 3. L'organisme paraît indifférent à ces alternatives de hausse et de baisse. Quoique l'aspect extérieur de cette femme annonce un état stationnaire, il paraît que ses forces se sont néanmoins considérablement accrues ; car elle reste levée toute la journée et elle se livre dans la salle à des occupations qui exigent un certain degré de force. Ces jours derniers, elle a eu un gonflement douloureux des gencives qui s'est dissipé à l'aide de gargarismes au quinquina. Elle continue de suivre son régime animal et de prendre des alcalins (eau de Vichy et 8 grammes de bicarbonate de soude chaque jour).

Un fait en apparence inexplicable chez cette malade, c'est la persistance du sucre dans les urines malgré la plus sévère abstinence des aliments féculents et sucrés. M. Bouchardat, dans son *Supplément à l'Annuaire de thérapeutique pour* 1846 (1), dit que la suppression des féculents a presque toujours été accompagnée de disparition de glucose dans les urines. Il ajoute néanmoins que quelques exceptions se sont présentées çà et là à son observation.

« Deux suppositions, dit-il, peuvent être faites pour expliquer la présence du glucose dans les urines de ces malades soumis à un régime exclusif : 1° ou la viande et les aliments non féculents peuvent aussi fournir du glucose. On sait que la gélatine se transforme, comme la fécule, sous l'influence de l'ébullition et de l'acide sulfurique étendu ; mais elle ne se transforme pas sous l'influence de la diastase diabétique, comme je l'ai vérifié. 2° Les malades, malgré la surveillance la plus attentive, parviennent souvent à se procurer des aliments féculents. » M. Bouchardat incline beaucoup pour cette dernière supposition, et elle est également très admissible pour la malade de la Charité qui n'est l'objet d'aucune surveillance spéciale.

— Ici se présente naturellement l'occasion de parler du nouveau mémoire sur le diabète sucré que M. Bouchardat vient de publier dans son *Annuaire de thérapeutique* (supplément). Nous allons exposer le plus brièvement possible les principaux résultats auxquels est arrivé ce laborieux chimiste. Nous dirons en-

(1) 1 Vol. in-32, chez J.-B. Baillière. — Voyez aux annonces et aux notices bibliographiques du dernier n°.

suite quelques mots de la théorie de M. Mialhe, qui diffère essentiellement de celle de M. Bouchardat.

On sait que la théorie de ce dernier se résume dans les deux propositions suivantes : 1° que, chez les diabétiques, la soif est en raison des aliments sucrés ou féculents qu'ils prennent; 2° que la proportion de glucose contenue dans les urines est dans un rapport constant avec la proportion de ces mêmes aliments. Cette explication est maintenant assez généralement acceptée ou du moins connue pour qu'il ne soit pas besoin de s'y arrêter.

Dans son premier mémoire sur le diabète, ce chimiste avait annoncé qu'il existait de la diastase dans l'estomac des personnes affectées de glucosurie. Il a eu depuis l'occasion de s'en assurer directement en l'extrayant des matières vomies par un diabétique entré le 11 mai à l'Hôtel-Dieu. C'est cette diastase qui, semblable à celle de l'orge germé, transforme l'amidon en glucose dans l'estomac du malade, tandis qu'elle n'exerce aucune action sur l'albumine, le gluten ni sur le sucre de canne.

M. Bouchardat s'est livré à de nouvelles recherches expérimentales sur le sang chez les glucosuriques ; il y a trouvé du glucose. Ainsi, pour lui, la question est décidée : le rein n'est qu'un organe d'élimination ; son rôle dans le diabétisme se borne à éliminer le sucre du sang, comme dans l'état de santé il élimine l'urée.

M. Bouchardat a également fait des recherches sur l'alcalinité du sang des glucosuriques et il a trouvé qu'elle était la même chez eux que chez les autres individus. La théorie de M. Mialhe est fondée sur l'opinion inverse, comme nous le verrons plus loin.

M. Bouchardat divise en deux catégories les terminaisons funestes dans la glucosurie : 1° les malades meurent épuisés ; 2° ils succombent subitement sans que rien dans leur état général annonce cette issue funeste. Dans le premier cas, dit-il, leur fin est toujours marquée par le développement des tubercules dans les poumons. Cette circonstance s'est en effet rencontrée chez la malade de la Charité, quoiqu'à un faible degré. Quant aux morts subites, il ne les a vu atteindre que ceux qui étaient fortement glucosuriques et qui mangeaient une proportion considérable de féculents, tandis qu'elles ne menacent point ceux qui sont soumis à un régime convenable. M. Bouchardat a vu deux diabétiques mourir subitement à l'Hôtel-Dieu, l'un et l'autre de pneumonie foudroyante, à la suite d'un refroidissement. Un fait remarquable, c'est que les urines, non plus que les matières recueillies dans l'estomac, ne contenaient aucune trace de glucose, quoique la diabète fût très intense chez tous les deux et que les urines de l'un d'eux continssent encore la veille 135,7 grammes de glucose par litre d'eau. L'estomac de ce malade était rempli d'aliments dont la digestion avait été subitement interrompue, et, ce qui est digne de remarque, la diastase diabétique avait été supprimée en même temps que celle du suc gastrique qui sert à accomplir la digestion : d'où M. Bouchardat semble disposé à conclure que la sécrétion de la diastase diabétique est intimement liée à l'état de santé comme celle du suc gastrique. Cette sécrétion ne serait, d'après cela, que la perversion d'une fonction physiologique.

Les individus glucosuriques digèrent autrement la fécule que les personnes en santé. Voici ce qui arrive, suivant M. Bouchardat. Sous l'influence de la diastase sécrétée dans leurs estomacs, les féculents sont convertis, par l'intermédiaire de l'eau qu'une soif ardente les a forcés à ingérer, en une dissolution de glucose qui est immédiatement absorbée par les capillaires veineux du ventricule. Or, comme le sang ne peut détruire une quantité de glocose supérieure à deux grammes, ce principe est éliminé par les reins. La rapidité avec laquelle sont dissous et absorbés les aliments féculents est la cause de ce sentiment de besoin qui porte les malades à prendre de nouveaux aliments, et si ces derniers sont encore choisis parmi les féculents, les forces digestives s'usent à un labeur ingrat et inutile.

Ce n'est pas ainsi que les choses se passent chez les personnes en santé. La dissolution des féculents cuits commence bien dans l'estomac; mais elle y est lente et très limitée; la plus grande partie de ces aliments parvient dans l'intestin grêle où ils sont dissous et absorbés par les capillaires de la veine-porte qui les transmet au foie ; une partie peut être versée dans la circulation générale par la veine-porte; mais l'excédant est séparé du sang par l'appareil glandulaire du foie, sécrété avec la bile et versé dans l'intestin pour y être absorbé de nouveau. C'est ainsi, suivant M. Bouchardat, que la nature a ménagé la consommation de ces matériaux combustibles qui ne doivent arriver que lentement dans le foie.

L'auteur pense que l'abaissement de température de 1 à 2 degrés au moins, dont il a généralement constaté l'existence chez les glucosuriques, est peut-être un des obstacles qui s'opposent à la destruction du glucose dans le sang des diabétiques. Chez la malade qui a succombé à la Charité, la température de la peau a constamment été de 37,5. Cet abaissement de température s'explique lui-même, d'ailleurs, par la grande quantité de boissons froides que ces malades ingèrent et par la déperdition de chaleur inutilement employée dans leur estomac à convertir les féculents en glucose.

M. Bouchardat a rendu 5 animaux sur 7 momentanément glucosuriques, en leur faisant prendre, après une abstinence forcée, 1 kilogramme environ d'une soupe au pain dans laquelle on avait délayé 50 grammes de farine de malt à la température de 12°.

Les causes de la perversion de la digestion chez les diabétiques seraient, selon le même auteur, la suppression complète de la sécrétion acide de la peau, jointe à l'abus des féculents. Outre ces causes organiques, il faut, sans doute, une prédisposition. M. Bouchardat pense,

enfin, qu'une altération quelconque du pancréas n'est pas étrangère à la production de la glucosurie. Mais ce n'est encore là qu'une présomption fondée sur les expériences de Haller, qui dit avoir noté que les chiens auxquels on avait enlevé le pancréas finissaient par succomber dans un degré extrême de maigreur, malgré leur grande voracité, accompagnée d'une soif excessive. MM. Bouchardat et Sandras ont aussi tenté plusieurs fois d'enlever le pancréas à des chiens; mais ces animaux sont tous morts des suites de l'opération. Notre auteur fonde aussi ses présomptions sur l'amaigrissement extrême qui distingue les altérations organiques du pancréas de celles des autres viscères abdominaux (1). La sécrétion pancréatique se trouvant supprimée ou altérée chez les diabétiques, aussi bien que celle des glandes salivaires, il s'ensuivrait, selon M. Bouchardat, que l'estomac est obligé d'y pourvoir; de là la perversion du suc gastrique et la formation de son diastase.

M. Bouchardat décrit le traitement du diabète sucré avec les détails les plus circonstanciés; il croit néanmoins ces détails nécessaires dans la pratique, et il supplie même les médecins qui adopteront ses opinions de ne pas en supprimer un iota dans le traitement de leurs malades. Nous regrettons d'être obligés de nous en tenir aux principaux points. Ce sont les moyens hygiéniques qui occupent la première place. Parmi les aliments, la liste de proscription comprend tous ceux qui sont féculents ou sucrés; il faut les supprimer complètement si on le peut, ou au moins en diminuer considérablement la quantité.

Les aliments permis sont, d'abord, les viandes de toute nature et accommodées de toute façon, pourvu que la farine n'intervienne pas dans la sauce; les poissons, et les divers autres animaux alimentaires; les œufs, sous toutes les formes, sont particulièrement recommandés. Le bon lait est convenable; mais la crème fraîche est préférable; les fromages de toute sorte sont utiles aussi. Les légumes doivent être pris en quantité modérée; l'huile, le beurre et les graisses doivent dominer dans l'assaisonnement. Les salades peuvent aussi être permises, mais fortement assaisonnées d'huile.

Les fruits oléagineux peuvent être permis; mais on ne doit faire qu'un usage très modéré, et par intervalles, des fruits sucrés.

Le pain de gluten, sur lequel l'auteur donne plus loin un article à part, est très utile pour les malades qui ne peuvent supporter la privation du pain; et ceux-là sont les plus nombreux. On peut aussi employer la semoule de gluten pur.

En tête des boissons à prescrire, sont les vins rouges astringents de Bourgogne ou de Bordeaux à la dose d'un litre au moins, et le bouillon gras. La bière est défavorable à cause de la dextrine qu'elle contient. On peut permettre le rhum, l'eau-de-vie, le kirsch, le café sans sucre ou avec très peu de sucre. Le boissons tempérantes et les limonades sont préjudiciables parce qu'elles saturent l'alcali libre du sang.

Il est de la plus haute importance que les malades se couvrent tout le corps de flanelle.

Les bains les plus avantageux après ceux de mer sont les bains salins et alcalins.

Les médicaments ne jouent qu'un rôle secondaire. Quelques-uns cependant sont utiles comme adjuvants : tel est le carbonate d'ammoniaque, que l'auteur préfère au bicarbonate de soude; ce dernier, selon lui, ne conviendrait que dans les cas légers. Parmi les opiacés, M. Bouchardat fait grand cas de la thériaque. Il peut exister des indications pour les ferrugineux, les amers, les antiscorbutiques. Les dents sont en effet souvent attaquées, ce qui s'observe particulièrement chez la malade qui est actuellement à la Charité. On a vu le sel diminuer la soif des glucosuriques, mais seulement à titre d'auxiliaire.

M. Bouchardat a publié dans ce nouveau mémoire les nombreuses observations qu'il a recueillies. Il les divise en trois séries : la première comprend les cas qui se sont terminés par la mort, et ils sont au nombre de 11; dans la seconde il range les malades qui ont éprouvé de l'amélioration, qui se sont maintenus, mais qui n'ont pu être amenés à un état tel qu'ils puissent manger une proportion modérée de féculents sans voir le glucose reparaître dans leurs urines; cette série en comprend 14; la troisième est composée de 16 malades qui ont guéri. Ce résultat serait certainement très beau, si l'auteur n'avouait qu'un certain nombre de ses malades, tant dans la seconde que dans la troisième série, ont été perdus de vue au bout d'un temps plus ou moins long; mais enfin, tel qu'il est, il est déjà très recommandable.

Il y aurait encore beaucoup d'excellentes choses à noter dans le petit livre de M. Bouchardat; mais ce serait jusqu'à un certain point usurper les droits de l'auteur, en même temps que nous outrepasserions les bornes que nous devons nous prescrire.

—Un article que nous extrairons plus loin du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* donnera une idée suffisante de la théorie de M. Mialhe. (Voy. aux journaux français.)

II. Clinique chirurgicale.

HÔPITAL DE BOULOGNE-SUR-MER.

Luxations anciennes.

Obs. I.—*Luxation de l'avant-bras droit en haut et en arrière méconnue dans l'origine. Réduction au 156e jour.* — Un jeune matelot de 13 à 14 ans fit le 6 mars 1838, de la hauteur d'un mât, une chute dans laquelle la paume de la main droite heurta violemment contre le plancher du navire et supporta presque entièrement l'effort.

Le bâtiment était en pleine mer; il n'y avait pas de chirurgien à bord. Le blessé ne reçut donc aucun secours au moment même de

(1) Voy. dans le numéro de janvier 1845, un article sur les maladies du pancréas.

l'accident. Ce ne fut que huit jours après qu'ayant relâché dans un des ports de la Bretagne, il put s'adresser à un homme de l'art. Il existait alors un gonflement considérable autour de l'articulation huméro-cubitale droite avec impossibilité de fléchir l'avant-bras sur le bras. L'avant-bras était dans l'extension, et le malade, quelque effort qu'il fît, ne pouvait même atteindre à la demi-flexion. Soit inattention de la part du chirurgien, soit que la tuméfaction masquât à ses yeux les changements de rapport des surfaces articulaires, la luxation fut méconnue. Des sangsues furent appliquées autour de la jointure. On employa les bains, les cataplasmes; bientôt après le blessé reprit la mer, sans que sa position fût en rien améliorée. Cinq mois plus tard le navire sur lequel servait ce jeune marin entra dans le port de Boulogne; ce fut alors qu'il me fut amené par ses chefs désireux de savoir s'il y avait encore possibilité de le guérir. A l'ampliation antéro-postérieure du coude, à la saillie de l'olécrane, à la dépression qui surmontait cette apophyse, à la tumeur dure oblongue et transversalement située qui occupait la partie antérieure et inférieure du bras, à la situation des tubérosités humérales interne et externe sur un plan inférieur à l'olécrane, à l'impossibilité des mouvements d'extension, aux limites bornées dans lesquelles s'exerçaient ceux de flexion, il était aisé de reconnaître une luxation de l'avant-bras en haut et en arrière. Je ne me dissimulai pas que, parvenue au cinquième mois, cette luxation était probablement dès longtemps devenue irréductible, qu'une tentative, en pareil cas, n'était pas sans danger, et que peut-être il serait plus sage de s'abstenir que d'exposer le malade à quelqu'un de ces accidents dont M. Flaubert rapporte de si déplorables exemples dans son mémoire sur les luxations anciennes. Mais l'âge du sujet, la nécessité fâcheuse dans laquelle il se trouvait de renoncer à la carrière qu'il avait embrassée, cette force morale familière aux marins et dont il paraissait doué à un haut degré, l'immense désir par lui manifesté d'être affranchi de la cruelle infirmité qui lui rendait, depuis cinq mois, tout travail impossible; ces diverses raisons me faisaient pencher vers un essai de réduction. Il fut tenté le 9 août, jour même de l'entrée du malade à l'hôpital. J'aurais craint, en différant, de ne plus rencontrer en lui le lendemain la même résolution.

Voici comment j'y procédai :

Le malade étant assis sur une chaise, une pelote fut placée dans le creux axillaire. Le milieu d'un drap plié en cravate fut croisé par dessus ; les chefs ramenés obliquement, l'un en avant, l'autre en arrière, furent passés dans un anneau de fer scellé dans le mur et confié à deux aides. Deux autres aides furent chargés de maintenir le tronc à l'aide d'un drap plié de la même manière, appliqué par son plein sur le côté droit et à la base du thorax et dont les chefs étaient ramenés du côté opposé l'un en avant, l'autre en arrière. Enfin, et dans le but de donner aux moyens contre-extensifs la plus grande force possible, afin qu'ils pussent contrebalancer dans une proportion suffisante l'énergie des forces extensives qui devait être considérable, j'ajoutai aux deux laqs destinés à assujétir le tronc et l'épaule deux autres laqs appliqués l'un à la partie inférieure du bras, l'autre à la partie supérieure de l'avant-bras, lesquels devaient avoir pour résultat une traction perpendiculaire à l'axe de chacune de ces fractions du membre supérieur, traction conséquemment inverse à celle de la force extensive et éminemment propre à dégager les os d'un contact trop intime.

La main et l'avant-bras furent garnis d'ouate et d'un bandage roulé, afin de les préserver, autant que possible, d'une pression douloureuse. Un drap plié en cravate fut ensuite appliqué sur le dos du poignet. Les chefs rassemblés et tordus vers la face palmaire en furent confiés à cinq aides. La partie de ce laqs fixée autour du poignet était elle-même maintenue par un aide chargé de s'opposer aux glissements que devaient amener les efforts de traction.

Quand tout fut ainsi disposé, j'imprimai à plusieurs reprises à l'articulation des mouvements aussi étendus que le permettait la situation anormale des os et je fis commencer les efforts extensifs, en même temps que, placé au côté externe du malade, je suivais, avec les doigts appliqués sur l'olécrane d'une part, de l'autre sur l'extrémité inférieure de l'humérus, les progrès de la réduction. Plusieurs fois les cris de douleur du patient forcèrent à suspendre. Mais comme je sentais manifestement que l'olécrane se déplaçait, s'abaissait, les tractions étaient chaque fois reprises après quelques instants de repos.

Enfin, après une demi-heure environ d'efforts continués avec persévérance par le chirurgien et soutenus par le malade avec résolution, la saillie de l'olécrane avait disparu ; ses rapports avec l'épicondyle et l'épitrochlée étaient rétablis et, ce qui depuis cinq mois était impraticable, la flexion était devenue possible. Je la portai au delà de l'angle droit et maintins l'avant-bras dans cette situation. Malgré la violence des tractions auxquelles le membre avait été soumis, les accidents consécutifs furent si modérés que trois jours après, le bâtiment de ce jeune matelot mettant à la voile, celui-ci, malgré mes sollicitations, quitta l'hôpital ne voulant pas que l'équipage partît sans lui. J'ai revu, deux années après, ce jeune homme. Il a pu continuer de servir dans la marine. Il est aujourd'hui second à bord d'un bâtiment de commerce. C'est assez dire qu'il a le plein exercice des mouvements du bras, puisqu'il est capable de suffire aux travaux si pénibles et si rudes de sa profession.

Obs. II. *Luxation du fémur droit méconnue. Réduction au 33e jour.* Le nommé Level (Pierre), voiturier, 39 ans, vaquant, le 4 septembre 1848, aux travaux de son état, tombe

de sa voiture sur le côté droit du corps, la jambe droite fortement portée dans l'adduction, cette jambe étant, suivant l'expression du malade, croisée au devant de la gauche. Impossibilité de se relever après la chute. Un officier de santé est appelé. Il fait quelques manœuvres insignifiantes, déclare le membre remis et discontinue ses soins. Trois semaines après, un second officier de santé voit le malade, reconnaît la luxation, mais ne fait aucune tentative de réduction; c'est quinze jours après, c'est-à-dire au 33e jour depuis l'accident, que le malade entre à l'hôpital. Voici quel est alors son état :

Mesuré de la crête iliaque à la plante du pied, le membre pelvien droit a 54 millimètres de moins que le gauche. La cuisse de ce côté est fortement tournée en dedans aussi bien que le genou et la pointe de pied. La tête du fémur et le grand trochanter forment deux saillies aisément reconnaissables au gras de la fesse qui est elle-même plus forte que celle du côté opposé. Le pli de l'aine droite est plus haut et plus profond que le gauche et les doigts se dépriment sans éprouver de résistance. Le malade peut fléchir la jambe sur la cuisse et fléchir incomplètement la cuisse sur le bassin. Mais le mouvements d'abductions et de rotation sont absolument impossibles.

D'après ces signes, je diagnostique une luxation du fémur en haut et en dehors. Les tentatives de réduction sont remises au jour suivant. Le malade est préparé par un bain.

Le lendemain, 8 octobre, il est procédé à la réduction de la manière suivante :

Le malade est placé sur une table solide, de hauteur convenable et couverte d'un matelas fortement assujéti. Le coude-pied du membre luxé est couvert d'un linge graissé de cérat sur lequel on applique une pièce d'ouate et une forte compresse; le tout est maintenu par un bandage appliqué avec soin.

Un drap plié en cravate est appliqué sur le tendon d'Achille. Les chefs en sont croisés au devant du coude-pied et confiés à six aides. Un autre drap est engagé dans le pli de l'aine du côté sain, et les chefs ramenés au devant de la poitrine sont engagés dans un fort anneau de fer scellé dans le mur et confiés à deux aides. Un troisième drap est passé autour de la poitrine. Enfin, un quatrième est placé autour du bassin. Chacun de ces draps est assujéti par un nombre d'aides suffisant.

Ces dispositions étant faites, j'ordonnai aux aides chargés du laqs extensif de tirer en bas et en dedans sans secousse, par degrés, avec une force progressive et sans dépenser tout d'abord toute leur puissance. Placé moi-même au côté droit du malade, je poussai le grand trochanter en bas en même temps que je m'efforçai d'attirer le genou en dehors. Vingt minutes se passèrent en efforts persévérants et sans que la tête de l'os changeât de place. Le malade avait considérablement souffert. Je lui donnai dix minutes de repos et les tentatives de réduction furent reprises avec la ferme volonté de réussir. Cette fois, après un quart d'heure au plus de tractions, la tête céda, se déplaça.

Enfin, un craquement inopiné annonça, en même temps que le retour du membre à sa direction naturelle et à sa longueur, la rentrée de la tête de l'os dans la cavité cotyloïde.

Replacé dans son lit, le malade garda le repos quelques jours. Des bains, des applications émollientes sur les parties qui avaient le plus souffert, dissipèrent la douleur et le gonflement consécutifs. Huit jours après cet homme essayait ses premiers pas dans la salle. Quinze jours plus tard il quittait l'hôpital avec une claudication légère qui, depuis, a disparu complètement.

Les deux faits dont l'histoire précède ont, si je ne me trompe, quelque intérêt sous ce rapport qu'ils témoignent des efforts heureux que l'art peut tenter pour la réduction des luxations anciennes. En ce qui concerne cette importante partie du domaine chirurgical, les règles sont moins que les faits. Le succès est au prix d'une certaine dose de hardiesse, j'ai presque dit de témérité. Tel réussit là où tel autre échoue. Boyer réduit après six semaines une luxation du coude sur un enfant de dix ans. Dupuytren échoue chez un enfant du même âge dont la luxation remontait à 76 jours. Les appareils mécaniques obtiennent une fois un résultat heureux ; une autre fois ils sont frappés d'impuissance. Ainsi, pour ne parler que des luxations ginglymoïdales dont la réduction offre bien autrement de difficultés que les luxations orbiculaires, on trouve dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales, juillet 1836, un cas remarquable de réduction d'une luxation du coude obtenue à l'aide des moufles par M. Sédillot au 114e jour de l'accident, après que M. Sanson avait fait lui-même une tentative infructueuse, et, cependant, je me rappelle qu'on ne put, avec les mêmes moufles, parvenir à réduire, en décembre 1839, dans la salle de M. le professeur Gerdy, à l'Hôtel-Dieu, deux luxations du coude qui avaient été méconnues dans l'origine chez deux hommes du même pays et qui dataient, l'une de six mois, l'autre de deux! Entre ces bonnes et mauvaises fortunes de la pratique d'hommes également habiles, entre ces revers inattendus et ces succès inespérés, on conçoit les doutes, les hésitations, les scrupules du praticien. Le temps n'est pas encore venu, malgré les travaux modernes, où il serait permis de résoudre d'une manière satisfaisante la question ainsi formulée par Dupuytren: Jusqu'à quelle époque est-il possible de réduire les luxations ?

Paralysies traumatiques. — Heureux emploi du galvanisme.

Deux malades admis dans l'hôpital dont le service chirurgical m'est confié, affectés tous deux de paralysie traumatique locale et indé-

pendante d'aucune altération du cerveau, m'ont fourni l'occasion d'employer le galvanisme comme moyen thérapeutique. Son emploi dans l'un de ces cas a été suivi d'une guérison complète; dans l'autre, d'une amélioration notable.

Obs. I. — *Paralysie complète du mouvement et du sentiment du membre supérieur gauche par cause traumatique. Vésicatoires pansés avec la strychnine : effet nul. Galvanisme, bains de mer : guérison.* — Le nommé Fauchois, natif d'Halinghen (Pas-de-Calais), 22 ans, soldat dans un régiment de ligne, étant en congé chez ses parents, en janvier 1838, fit une chute de cheval dans laquelle le côté gauche du corps supporta entièrement la charge de l'animal. A l'instant même il ressentit une douleur vive dans le membre supérieur de ce côté et se trouva dans l'impossibilité de se mouvoir; en même temps et par degrés il perdit la faculté de sentir, d'une manière bientôt si complète, que six semaines après l'accident ce membre était entièrement paralysé sous le double rapport du mouvement et du sentiment. Les soins donnés dans l'origine à ce malade ayant été de nul effet, il se décida, deux mois après l'accident, à se faire admettre à l'hôpital de Boulogne. — Voici quel était alors son état : le membre supérieur gauche offrait une maigreur remarquable; l'epaule était déprimée; le membre, dans un état complet de flaccidité, retombait comme une masse inerte quand, après l'avoir soulevé, on l'abandonnait à lui-même; le malade ne percevait aucune sensation quand on le pinçait ou qu'on le piquait et alors même qu'on pratiquait avec le moins de ménagement ces opérations exploratrices. Le pouls de ce côté était notablement plus faible et plus lent que du sain. La température de la peau était moins élevée; la main était considérablement œdématiée. — Vésicatoire sur l'épaule; pansement avec 2 centigrammes de strychnine. Cette médication, suivie durant quinze jours, n'amène aucune amélioration.

C'est alors que j'ai recours à l'électricité galvanique, au moyen d'une pile à colonnes composée de 70 éléments. Le pôle zinc est appliqué au devant de l'épaule; le pôle cuivre, armé d'une boule, est promené le long du membre. Le malade est soumis à l'action de la pile deux fois par jour, une heure chaque fois. Un de ses camarades d'hôpital, auquel j'avais appris à manier la pile, se dévoue à cette œuvre de patience. Six semaines se passent sans résultat appréciable. Enfin, après ce laps de temps, une modification aussi heureuse qu'impatiemment attendue se fait remarquer; le pouls a pris plus d'ampleur; la caloricité s'est élevée; bientôt le mouvement et la sensibilité sortent de leur torpeur, se développant en même temps et dans une égale proportion. Les muscles fléchisseurs sont les premiers qui reprennent leur faculté motrice.

La saison des bains de mer étant venue, j'associe leur emploi à celui du galvanisme, sachant par expérience de quel utile secours ils peuvent être en pareille occurrence. Le malade a pris un bain de mer chaque jour depuis le commencement d'août jusqu'au 6 octobre, sans interruption, quelles que fussent les variations de l'atmosphère.

Le 10 octobre 1838, époque de sa sortie de l'hôpital après un séjour de sept mois, la dimension du membre paralysé, mesuré dans son plus grand diamètre transversal au bras et à l'avant-bras, présentait huit à dix millimètres de moins que celle du membre opposé; la chaleur y était un peu moindre. Le pouls était tout-à-fait isochrone de l'un et de l'autre côté; les épaules étaient de même niveau. Les mouvements d'élévation, de pronation en avant, en arrière, de circumduction de l'épaule, s'exécutaient avec aisance. L'avant-bras se fléchissait sur le bras, mais pas encore avec une grande énergie. La sensibilité était entièrement recouvrée.

Quelques mois plus tard il n'eût pas été possible à l'observateur le plus attentif de signaler la plus légère différence entre les deux membres.

Obs. II. — *Amaurose consécutive à une plaie du sourcil. Vésicatoires volants; strychnine par la méthode endermique : effet nul. Application du galvanisme : amélioration notable.* — Dans les premiers jours d'avril 1839, un jeune soldat du 42e de ligne se promenait fumant avec quelques camarades. Il heurte du pied contre une pierre; il tombe et, la pipe se cassant dans sa chute, une partie du tuyau fait au sourcil gauche une plaie contuse et s'introduit sous les téguments du front. Entrée à l'hôpital le lendemain. La paupière supérieure est considérablement tuméfiée. Il est impossible de mettre l'œil à découvert. Au milieu de l'arcade sourcilière existe une plaie contuse de six à huit millimètres. — Saignée; sangsues à la tempe; cataplasmes émollients. La tuméfaction palpébrale diminue. Quelques jours après, abcès dans l'épaisseur de la paupière. Ouverture par la lancette. Issue avec le pus d'une portion de tuyau de pipe de dix à douze millimètres de longueur. Le malade peut alors ouvrir l'œil et s'aperçoit que la vue de ce côté est entièrement abolie. Il ne saurait distinguer la lumière de l'obscurité. Les milieux de l'œil ont leur transparence ordinaire; mais la pupille est large et immobile.

Les vésicatoires volants, la strychnine par la méthode endermique, les révulsifs intestinaux, sont employés sans résultat. En dernier lieu, j'ai recours au galvanisme. J'emploie une pile à colonnes composée de 20 couples. Le pôle zinc est placé sur la tempe; le pôle cuivre, armé d'une aiguille à acupuncture, est promené autour de l'orbite. Le malade est soumis chaque jour, durant vingt minutes, à l'action de la pile. Dès la troisième séance, il dit qu'il voit comme des flammes; à la dixième, il distingue le jour de l'obscurité; peu de temps après, il a une perception confuse des

objets. En même temps la pupille reprend ses mouvements de contraction et de dilatation ; c'est au moment où je conçois les espérances les plus légitimes d'un succès complet que l'ordre est donné d'évacuer le jeune soldat sur l'hôpital militaire de Calais. Le traitement s'est ainsi trouvé forcément interrompu.

Je regrette de rapporter cette observation tronquée. Telle qu'elle est, je crois toutefois qu'elle mérite de n'être pas laissée dans l'oubli, parce qu'elle est une preuve de plus des bons effets que la pratique médicale peut tirer du galvanisme, trop rarement appliqué peut-être au traitement des paralysies traumatiques en général et de l'amaurose traumatique en particulier, et, d'un autre côté, parce qu'elle n'est pas, ce me semble, dénuée de quelque intérêt sous le rapport de la physiologie pathologique de l'œil.

C'est un fait dès longtemps connu que les plaies du sourcil occasionnent la perte de l'œil.

Morgagni, Lassus, Sabatier parlent de cet accident. Des auteurs plus modernes, Boyer, Ribes, Richerand, en ont fait également le sujet de leurs remarques. L'ébranlement du cerveau, l'épanchement sanguin dans le crâne, des dépôts sur les méninges, ou sur la couche des nerfs optiques, enfin la lésion ou l'irritation des branches frontale ou nasale, telles sont les causes qu'ils assignent à la production de ce phénomène morbide.

Chez le jeune soldat dont je viens de rapporter l'histoire, rien de tout cela n'a eu lieu. Car chez lui, ni au moment de la chute, ni les jours suivants, aucun signe de commotion ni d'épanchement ne s'est offert. Pas de perte de connaissance, ni à l'instant de la chute ni après ; pas d'étourdissement ; pas d'assoupissement ; aucune douleur de tête autre que celle qui résulte de la contusion des parties ; le globe de l'œil n'a pas été touché ; et cependant la perte de la vue a lieu ; comment s'opère-t-elle en pareil cas ? est-ce par la paralysie des muscles de l'œil ? par celle de l'iris ? par celle de la rétine ? M. Ribes a démontré que la paralysie de l'iris et des muscles de l'œil n'empêche pas la rétine de conserver la faculté de voir. C'est donc sur la rétine elle-même que la blessure du sourcil (avec lésion du rameau frontal) porte son effet. La paralysie, ce me semble, ne se peut ici concevoir qu'en admettant qu'elle a lieu par l'intermédiaire de la branche nasale, laquelle communique avec le ganglion lenticulaire d'où naissent la plus grande partie des nerfs ciliaires.

Cette explication est d'autant plus plausible que les nerfs ont des rapports intimes avec la partie médullaire de la rétine, laquelle s'unit au corps ciliaire et reçoit ainsi médiatement l'impression du choc éprouvé par le frontal.

Docteur GORRÉ,
Chirurgien en chef de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer,
Correspondant de l'Académie de médecine.

19 février 1846.

MALADIES DES ENFANTS.

III. Sur le diagnostic, la marche et le traitement de la fièvre intermittente chez les très jeunes enfants; par le docteur H. PETZOLD, médecin-praticien et chirurgien de district à Fôhrenberg (1).

Le jeune âge, on peut le dire, malgré le peu de documents fournis par les auteurs relativement à ce point de pathologie, le jeune âge n'est point une sauvegarde contre la fièvre intermittente. Si ce fait a été nié, c'est que l'on a méconnu la nature de la maladie, erreur dans laquelle il m'est souvent arrivé à moi-même de tomber. Il ne faut pas croire, en effet, que les périodes de la fièvre d'accès soient aussi bien dessinées chez l'enfant que chez l'adulte. Ainsi, l'intermission est rarement assez complète pour sauter aux yeux comme chez ce dernier. Pendant l'apyrexie, l'enfant reste malingre et souffreteux ; son visage est pâle, son sommeil est agité, l'appétit est nul et les fonctions intestinales sont dérangées. Le frisson n'est pas aussi marqué chez l'enfant que chez l'adulte, soit parce que le premier ne saurait, comme celui-ci, rendre compte de ses sensations, soit parce que le reflux du sang sur les organes internes n'est peut-être pas aussi intense ni d'aussi longue durée dans l'enfance qu'à un âge plus avancé. On peut dire de la chaleur et de la sueur la même chose que du frisson. Ce dernier ayant été peu marqué, il s'ensuit que la chaleur se fait moins remarquer aux yeux de l'observateur, et ainsi de la sueur qui pourtant ne manque jamais ; elle est d'ailleurs partielle à son début et ne diffère pas sensiblement de celle qu'on observe dans les autres maladies. Vient enfin la périodicité des accès ; mais, pour qu'elle fût bien marquée, il faudrait que l'apyrexie fût complète, de sorte qu'il vient rarement à la pensée de l'observateur de s'enquérir des circonstances qui pouraient le mettre sur la voie du diagnostic.

Cependant les fièvres d'accès s'observent chez les très jeunes enfants. Je l'ai observée deux fois chez des enfants de deux mois ; trois fois chez des enfants de six à neuf mois ; une fois à dix mois ; trois fois d'un an à un an et demi, et trois autres fois depuis cet âge jusqu'à trois ans. Je l'ai observée souvent aussi au-dessus de cet âge.

Symptômes. — Il est assez difficile de faire une histoire complète de la fièvre intermittente chez les très jeunes enfants. Ce qui peut mettre sur la voie de l'observation, c'est qu'on ne l'observe chez les jeunes enfants que dans les localités où elle sévit concomitamment chez les adultes. En général, voici quelle est la marche de la maladie.

L'enfant, qui jusque-là était gai et bien

(1) Extrait du Journal für Kinderkrankheiten, n° de septembre 1840.

portant, devient tout-à-coup et sans cause connue agité ; le visage pâlit et prend un aspect tout particulier; les yeux s'enfoncent dans leurs orbites; les traits s'étirent; les mains et les pieds se refroidissent et se contractent comme dans des crampes; l'enfant pleure et semble en proie à une angoisse inexprimable; une sueur froide et visqueuse se développe aux extrémités; le pouls se sent à peine, et l'on dirait que l'enfant va mourir.

Ce stade ne dure guère que cinq à dix minutes; alors la scène change: les mains et les pieds se réchauffent; le visage se colore; les cris cessent et les membres se détendent; la chaleur revient à la peau; le pouls se relève et se remplit; la tête devient bientôt le siége d'une chaleur intense; le front est brûlant; les artères temporales battent avec force,et les fontanelles, si elles existent encore, sont soulevées; les pupilles se dilatent; les yeux se fixent; l'enfant, qui jusque-là remuait continuellement, s'enfonce sous ses couvertures et paraît privé de sentiment. On croit avoir affaire à des symptômes cérébaux graves, à une méningite; mais non, ce n'est là que le prélude d'un sommeil calme et profond qui s'annonce par des bâillements. Si on tâte alors le pouls, on le trouve moins agité et moins dur qu'auparavant. Le médecin renonce à faire une médecine active; il attend le réveil de l'enfant, en se bornant au rôle d'observateur. Il voit ensuite comme des perles de sueur couvrir le nez d'abord, puis les joues, puis le front de son malade; le cou s'en couvre à son tour, et bientôt le corps entier est baigné de sueur; cependant l'enfant continue de dormir paisiblement. Au bout de trois ou quatre heures, quelquefois plus, l'enfant se réveille en pleine connaissance. S'il est en âge de parler, il demande à boire; dans le cas contraire, il fait un mouvement significatif des lèvres et boit avec avidité le liquide qu'on lui présente, s'il est doux et rafraîchissant.

Après l'accès, l'enfant se trouve mieux; cependant il ne recouvre pas sa fraîcheur ni sa gaîté primitives; il est chagrin, de mauvaise humeur; la langue est chargée; les pupilles sont un peu dilatées; il se mord les lèvres, s'enfonce les doigts dans les narines; le ventre est un peu ballonné, ce qui porte le médecin à croire, si l'enfant est déjà d'un certain âge, qu'il s'agit d'une affection vermineuse; et alors il prescrit des purgatifs légers, du tartrate et de l'acétate de potasse, etc., puis des anthelmintiques; l'enfant ne mange pas avec appétit et dort mal. Il reste ainsi souffrant jusqu'au lendemain ou au surlendemain. Alors il redevient plus malade; la fièvre est violente et s'accompagne souvent, dès le début, d'une chaleur intense; la respiration s'accélère, les pupilles se dilatent et il survient des convulsions. Si le médecin a perdu de vue le paroxysme précédent ou s'il est appelé pour la première fois, il lui est difficile de reconnaître là un second accès de fièvre intermittente. Ce qui tend surtout à l'induire en erreur, c'est que le frisson est nul ou insignifiant et que les accès chez les enfants ont coutume d'anticiper, de sorte qu'il manque là le signe le plus caractéristique de la maladie, le retour du paroxysme à la même heure.

Le second accès se termine aussi par le sommeil si on ne le trouble pas par une médication intempestive. L'enfant, lors de son réveil, est un peu plus gai qu'auparavant, il boit avec empressement et mange avec quelque appétit.

C'est ainsi que se succèdent un troisième, un quatrième et un cinquième accès, avec cette circonstance, toutefois, que les apyrexies deviennent de plus en plus insignifiantes et de plus en plus courtes: l'enfant reste bien évidemment malade; il est pâle et de mauvaise humeur; il s'étiole; le ventre se ballonne un peu, les jambes maigrissent; les ganglions se tuméfient; et, comme il continue dans l'intermission à avoir de la fièvre, l'ensemble de ces symptômes présente les caractères de la fièvre mésentérique ou de la fièvre rémittente des enfants, et c'est en effet à quoi aboutit la maladie si elle traîne en longueur.

Les accès sont quelquefois si violents que la mort arrive de bonne heure. C'est ainsi que j'ai observé au premier ou au second paroxysme une congestion cérébrale assez forte pour déterminer une méningite mortelle. Chez un très petit enfant, le premier accès présenta l'aspect du choléra; il s'annonça par un refroidissement des extrémités, accompagné d'un collapsus avec crampes, coliques et un vomissement tel que je crus avoir sous les yeux une attaque de choléra mortel; je ne fus mis sur la voie que par le retour de la chaleur et la répétition de nouveaux accès. Dans deux cas, les paroxysmes s'accompagnèrent d'une abondante hémorrhagie nasale, et chez un troisième enfant il y avait une dyspnée et un point de côté si intenses que j'eusse diagnostiqué une pleurésie s'il n'était survenu un second et un 3e accès.

Étiologie. — Il y a peu de chose à dire sur ce point, les causes de la fièvre intermittente étant probablement les mêmes chez l'enfant que chez l'adulte. Je pense que si elle est plus rare chez le premier que chez le second, c'est parce que les très jeunes enfants, restant davantage à la maison, s'exposent moins au froid et aux miasmes paludéens. Cependant il n'est pas rare d'observer dans le même ménage la fièvre intermittente chez le grand-père, le fils et le petit-fils encore en bas-âge.

Pronostic.—Il est,en général,plus grave aux deux extrêmes de la vie que dans l'âge intermédiaire. Le vieillard survit rarement au quatrième ou au cinquième accès; dès le troisième, ordinairement, le type intermittent passe au type continu; le malade tombe dans le collapsus et succombe, soit par l'effet d'un véritable typhus de forme aiguë, soit d'une cachexie anémique de forme chronique. Les choses ne se passent pas autrement chez l'enfant, et le pronostic est d'autant plus grave que celui-ci est plus jeune; rarement alors arrive-t-il au troisième accès. Le qua-

trième, souvent même le troisième, se termine par des convulsions et par une mort subite; on trouve alors un épanchement dans les ventricules cérébraux avec ou sans encéphalo-méningite. La réaction s'opère-t-elle mieux, la maladie est moins aiguë; alors il se développe, soit une fièvre continue rémittente, soit une véritable cachexie chlorotique. Mais tandis que chez le vieillard l'intoxication miasmatique, dans sa forme aiguë, aboutit à un état typhoïde, chez l'enfant elle finit par une encéphalite; peut-être parce qu'il y a, chez le premier, prédominance d'action du canal digestif, et, chez le second, prédominance de l'encéphale. Je n'ai jamais eu l'occasion de voir si un véritable typhus peut, chez l'enfant, suivre la fièvre intermittente.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fièvre intermittente chez les enfants n'est rien moins que facile. Par la description qui vient d'être donnée de la maladie, on voit déjà combien il est aisé de la méconnaître ou de la confondre avec d'autres. Le seul signe qui puisse servir de guide est la périodicité des accès; mais on n'a pas le loisir d'attendre ni d'observer comme chez les adultes, puisque le quatrième accès est souvent mortel ou qu'alors la maladie change de caractère. Le diagnostic devra être basé sur les considérations suivantes : 1° l'existence de la fièvre intermittente dans la localité; 2° s'enquérir de la santé antérieure de l'enfant, comment l'accès a commencé, combien de temps il a duré, comment il a fini; 3° demander comment l'enfant se trouve avant et après l'accès; 4° examiner s'il n'existe pas quelque lésion organique qui puisse expliquer la pâleur, l'état de souffrance et surtout les recrudescences; 5° demander s'il y a eu plusieurs accès et s'informer soigneusement de toutes les circonstances de ces accès, s'ils reviennent à la même heure, s'ils n'avancent pas ou s'ils ne retardent pas.

Traitement. — Une fois le diagnostic bien établi, les règles du traitement sont basées sur des principes certains. Ce qu'il faut avant tout, c'est couper la fièvre le plus tôt possible, pour nous servir du langage ordinaire. Il ne faut donc point rester quelque temps dans l'expectation, comme on le fait quelquefois chez les adultes; et même, en ce qui regarde ces derniers, j'observerai, en passant, que je suis loin d'approuver les praticiens qui laissent passer cinq ou six accès sans rien faire; pendant ce temps perdu, il s'établit des physconies ou engorgements des viscères abdominaux, dont on a ensuite bien du mal à débarrasser les malades. L'expérience nous apprend que l'écorce du Pérou et ses préparations sont le meilleur moyen pour guérir la fièvre intermittente, et que plus celle-ci est ancienne, plus il est difficile d'en triompher : ceci s'applique surtout aux enfants chez lesquels les dangers s'accroissent si rapidement en raison du nombre des accès; aussi doit-on y avoir immédiatement recours, à moins de contre-indications formelles du côté des complications.

Mais il existe des difficultés pratiques dans le traitement de la fièvre intermittente chez les petits enfants : 1° à reconnaître les complications et à s'en rendre maître; 2° à bien saisir au passage la période apyrétique, afin d'administrer le fébrifuge à propos; 3° à administrer ce dernier sous les formes et aux doses convenables.

Les *complications* ne sont pas autre chose que les diverses formes pernicieuses de l'accès, variables suivant les individus. En général, on doit réveiller les sens par des moyens appropriés. Ainsi le petit malade est quelquefois dans un état de collapsus qui nécessite l'emploi des excitants : il faut alors avoir recours à de petites doses de vin chaud; chez les pauvres gens je prescris de l'infusion de camomille chaude avec un peu d'eau-de-vie; je fais, en même temps, envelopper l'enfant dans des linges chauds. Lorsqu'il y a une congestion vers la tête avec chaleur, délire, dilatation des pupilles, pouls développé, je fais faire sur la tête des applications de linges froids ou de glace; j'ai bien soin, toutefois, de les faire supprimer dès que l'enfant paraît être sur le point de s'endormir, parce que le sommeil s'accompagne ordinairement d'une sueur bienfaisante. Pour la saignée, elle est à éviter, non-seulement dans l'espèce, mais encore dans toutes les maladies éruptives et dans celles qui s'accompagnent de phénomènes critiques à peu près constants. Si on avait du temps à perdre dans les cas de fièvre intermittente, je donnerais volontiers un vomitif ou un purgatif doux. Mais les complications sont rarement importantes dans l'apyrexie, et il faut, avant tout, profiter de cette dernière pour donner le précieux fébrifuge à des doses suffisantes et plusieurs fois répétées. Le bon moment pour l'administrer est celui où l'enfant vient de s'éveiller. Il ne faut pas tenir compte de l'état saburral de la langue ni de quelques nausées, etc.; on est d'ailleurs toujours à même, tout en donnant le fébrifuge, de prescrire des lavements, de l'eau de Seltz avec du sucre ou une dissolution de tartrate de potasse.

Parmi les préparations de quinquina, c'est à la quinine qu'il faut donner la préférence. Mais elle n'est pas aisée à administrer aux enfants. La teinture alcoolique de quinquina dans laquelle il y a de l'acide sulfurique et du sulfate de quinine est très excitante, très-désagréable au goût et d'un effet peu certain. La méthode endermique et les lavements de quinine ont de graves inconvénients et n'ont qu'une action trop lente pour un cas aussi pressant. C'est par la bouche qu'il faut administrer la quinine aux enfants; car c'est la seule voie par laquelle on en puisse introduire une dose suffisante dans l'organisme. La cinchonine est moins amère que la quinine; mais elle a besoin d'être administrée à plus forte dose; or, elle ne peut pas plus que cette dernière être administrée en poudre ou empi-

lules. Voici la formule à laquelle j'ai ordinairement recours :

Pr. Miel purifié	1 once 1/2	(45 grammes)
Sulfate de quinine	15 grains	(80 centigr.)
Mixture d'acide sulfuriq. (1)	1 gros	(4 grammes)

Mêlez exactement. 1 cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures après avoir remué.

Ce miel a encore un peu d'amertume; néanmoins les enfants le prennent généralement sans trop de répugnance. Chez les très jeunes enfants on remplace la mixture acide par de l'eau.

Il faut, autant que possible, ne pas manquer de donner toutes les heures une cuillerée de cette préparation et même deux aux enfants déjà grands, sans interrompre pendant la nuit. L'accès suivant manque d'habitude; l'enfant est vif et gai; tout en lui annonce le bien-être. Mais il faut continuer de prescrire le médicament pendant deux ou même trois jours encore. On peut ensuite prescrire un purgatif s'il est indiqué.

S'il revient un accès, il convient d'attendre qu'il soit passé pour revenir au quinquina. Si la fièvre dégénère en continue, en rémittente ou en ataxique, il faut y renoncer, pour satisfaire aux indications toutes différentes qui se présentent alors.

OPHTHALMOLOGIE.

IV. Études pratiques sur la cataracte (2).

2e section.

Traitement chirurgical.—Remarques générales.—I. Maturité.

En général, on ne doit point songer à pratiquer l'opération avant que la cataracte soit arrivée à ce degré de développement qu'on appelle *maturité*, et lorsque le malade ne peut plus se conduire et ne distingue plus que confusément les grands objets. Cependant il est des cas, surtout lorsque la cataracte est double, où le chirurgien devra opérer alors même que le cristallin n'est point entièrement opaque : c'est particulièrement chez des individus où l'opacité a débuté dans la substance corticale profonde et centrale de la lentille, et surtout lorsque les malades sont dans des conditions de fortune telles que le travail leur est indispensable. En pareille circonstance, je pratique l'opération sur celui des yeux dont la vision est le plus abaissée, pour ne point compromettre ce qui reste encore au malade.

On croyait autrefois que le temps seul pouvait amener la maturité de la cataracte, et cette opinion erronée était fondée sur ce qu'on pensait qu'elle devenait plus dure à mesure qu'on s'éloignait du moment de sa formation. Guillemeau et Maître-Jan admettaient encore ces idées. « *Aqua et gutta est*,—dit le premier, en parlant de la cataracte, — *quand elle commence à se bien former, se dilatant comme de l'eau, mais quand elle vient à s'espaissir et meurir estant plus ferme, est dicte cataracte, et d'Avicenne gutta et obscura* (1). »

On a proposé (Stevenson, *Journ. méd. et chir. d'Edimbourg*, n° d'oct. 1820) d'opérer toujours la cataracte avant que le cristallin ait perdu complètement sa transparence, parce qu'il serait plus facilement broyé et plus promptement résorbé. C'est là une opinion erronée; car toutes les cataractes sont loin d'être molles à leur début; d'un autre côté, on ne pourrait pas l'ériger sans danger en règle générale, parce qu'on pourrait compromettre ainsi ce qui reste de vision au malade. Elle ne peut s'appliquer qu'à ces cas de cataractes incomplètes dont nous avons parlé plus haut et qui, par leurs progrès très lents, mettent les malades dans les plus tristes conditions.

II. Opération sur un œil lorsque l'autre est sain.

Les avis sont singulièrement partagés sur cette question et l'on voit dans les deux camps le nom des chirurgiens les plus distingués. Ceux qui se prononcent pour la négative ne manquent pas en apparence de bonne raisons : en opérant l'œil malade, disent-ils, on risque de voir l'œil sain s'enflammer; Boyer, J. Cloquet, ont vu cet accident survenir. D'une autre part, et en admettant même le succès, la différence de puissance visuelle qui existera entre les deux yeux détruira le bénéfice de l'opération. Les chirurgiens qui se prononcent pour l'affirmative répondent que c'est une rare exception de voir l'inflammation se propager de l'œil opéré à l'œil sain; que l'inégalité de la vue n'est pas une raison suffisante pour rejeter l'opération, parce que l'œil gagne prodigieusement par l'exercice et par sa faculté d'accommodation aux diverses distances; qu'une multitude d'individus naissent avec une différence notable dans la force des yeux, et qu'ils corrigent ce défaut par des moyens de dioptrique convenables, et que sous ce rapport l'opéré de cataracte est dans les mêmes conditions qu'eux. Je partage entièrement cette manière de voir; il faut opérer la cataracte lorsqu'elle existe sur un seul œil, et cela pour toutes les raisons que nous venons d'exprimer, surtout s'il s'agit d'un sujet jeune (l'expérience m'a appris à refuser l'opération aux vieillards qui se trouvent dans ces conditions), et de plus parce qu'il est d'observation que, lorsque la cataracte existe depuis un grand nombre d'années, la rétine s'affaiblit (Travers), et que la capsule contracte des adhérences avec l'iris (Richter). J'ai toujours vu en outre que l'œil cataracté depuis longtemps se dévie, et

(1) Cette mixture est un mélange d'eau pure et d'oxymel simple aiguisé d'acide sulfurique.
N. D. R.

(2) Voy. les numéros de novembre et décembre 1845, et de mars 1846.

(1) Guillemeau, Traité des maladies de l'œil qui sont au nombre de 113. Lyon, MDCX, page 193.

qu'il en résulte un strabisme quelquefois très marqué. Une seule considération, peut-être, devrait arrêter le chirurgien, je veux parler de la crainte de voir l'œil se fondre par le fait même de l'opération. Le malade atteint d'une difformité qui pourrait dans quelques cas briser sa carrière se trouverait ainsi dans de tristes conditions; heureusement c'est là une exception rare qu'on évite le plus souvent en choisissant de préférence l'abaissement, procédé qui expose beaucoup moins à la suppuration que l'extraction. J'ajouterai encore que l'opération de cataracte sur un seul œil est de toute nécessité pour beaucoup d'ouvriers qu'on renvoie des ateliers pour ce seul motif qu'ayant un œil taché on croit qu'ils doivent y voir moins bien que les autres.

III. *Opération sur un seul œil lorsque l'autre commence à se cataracter.*

Beaucoup de chirurgiens préfèrent attendre que les deux cataractes soient complètes pour pratiquer l'opération; d'autres, au contraire, posent en principe que le malade doit être opéré de l'œil dans lequel l'opacité de la lentille est arrivée à son plus haut degré de développement, par ce motif qu'il n'y a rien à perdre si l'opération ne réussit pas, tandis que dans le cas contraire il y a tout à gagner. Il est certain qu'au fur et à mesure des progrès de l'abaissement de la vision, le malade se trouve souvent dans les conditions les plus misérables. Peu à peu la vue s'affaiblit dans le seul œil qui lui reste, tous les jours il s'aperçoit d'une perte nouvelle, s'attriste de plus en plus, et ce n'est souvent qu'après avoir traîné une vie misérable pendant un temps fort long que les cataractes sont arrivées à un égal degré de maturité.—Il est hors de doute pour nous que l'intérêt bien entendu du malade est de se soumettre à l'opération de l'œil qui ne sert plus à la vision, lors même qu'après un résultat heureux la vue serait inférieure à celle du côté opposé, parce qu'il a la certitude de n'être point aveugle et que l'œil opéré gagne en force à mesure des progrès de la cataracte dans l'œil qui servait seul au moment où l'opération a été pratiquée. J'ai encore tout récemment reconnu l'excellence de cette manière d'agir sur un grainetier de la rue Grenier-Saint-Lazare, que j'ai opéré. Du côté gauche, la cataracte était complète depuis quelques mois, la vision tout-à-fait détruite; à droite on voyait à peine quelques stries fines dans le cristallin. Je proposai l'opération qui fut acceptée; la vue se rétablit dans l'œil opéré; le malade lisait très bien avec le secours de lunettes biconvexes n° 3. Mais comme l'œil droit était encore bon, M. G... ne sentit pas aussitôt tout le prix de service que je lui avais rendu, et il me dit à moi-même que s'il avait su d'abord y voir aussi mal, il ne se serait pas soumis à une opération. Il ne s'était pas écoulé six mois que je le vis revenir chez moi : la cataracte droite était presque complète et cet œil gauche opéré, dont le secours lui était si peu utile, lui servait maintenant non-seulement à se conduire, mais encore à faire parfaitement toutes ses affaires.

J'ai dit plus haut que l'intérêt bien entendu du malade est de se faire opérer l'œil dont il ne voit plus lorsque l'autre commence à se troubler; il n'en est pas toujours de même quant au médecin et c'est peut-être la véritable raison pour laquelle on attend assez généralement que les deux yeux soient cataractés. Les malades considèrent en général comme peu de chose le résultat heureux de l'opération, parce qu'ils voient bien d'un œil, et tous ressemblent en cela au grainetier dont j'ai rapporté l'histoire, tandis que si l'on attend qu'ils soient complètement aveugles, ils ne désirent rien si ardemment que de voir seulement pour se conduire seuls. Le chirurgien a donc tout à gagner ici : il a deux yeux à opérer au lieu d'un, c'est-à-dire deux chances au lieu d'une, et de plus son malade est moins exigeant; ces raisons doivent-elles l'empêcher d'indiquer au malade la route qu'il doit tenir? Il n'y a pour nous qu'un seul cas dans lequel on ne doit pas proposer l'opération sur un seul œil, c'est lorsqu'on a lieu de croire que la cataracte ne tardera pas à être complète des deux côtés.

C'est ici le cas de rappeler l'opinion de Stevenson qui admet, avec Platner, Manoury, Fra de Marolles, Caron du Villars, Bérard et d'autres, que si l'on opère un œil cataracté on arrête souvent les progrès de la maladie dans l'autre œil. Je n'ai jamais vu, comme Saint-Yves, John Bowen, Stevenson que l'opération sur un œil pût faire disparaître dans l'autre une cataracte développée à un très faible degré; mais il me semble avoir reconnu dans quelques cas que les stries opaques n'ont point augmenté depuis plusieurs années et à partir du moment où l'opération a été pratiquée sur l'œil dont le cristallin était complètement opaque. L'opacité demeurera-t-elle dans les limites où elle est aujourd'hui? demeurera-t-elle stationnaire par le fait même de l'opération sur l'autre œil, ou n'est-ce là qu'une simple coïncidence, un simple hasard? C'est là une question à laquelle il n'est point permis de répondre par l'affirmative et que des faits plus nombreux pourraient seuls résoudre. Ils paraît, au reste, que l'opération de cataracte, dans quelques cas, exerce une grande influence sur l'œil qui n'a point été touché, du moins du côté de la rétine, et cela peut faire croire, jusqu'à un certain point, que l'opération peut exercer une certaine influence sur le système cristallinien qui n'est point encore envahi complètement par la maladie. M. le professeur Serres, de Montpellier (1), a publié plusieurs cas dans lesquels un œil depuis longtemps amaurotique a recouvré peu à peu ses fonctions après que la cataracte avait été opérée de l'autre côté, et, sous ce rapport, l'opération sur un œil peut être considérée comme moyen de rétablir la vue dans les deux à la fois.

---

(1) Ann. d'oculistique, v. 6, p. 210, fév. 1842.

IV. *Opération sur les deux yeux le même jour.*

Wenzel, Boyer, Graëfe, Jæger, Rosas, Forlenza, Fabini, Quadri, M. Roux, préfèrent opérer les deux yeux le même jour; Demours, Dupuytren, Scarpa, Marc-Antoine Petit, Caron du Villars, Rossi, Samuel Cooper, Maunoir, Travers, etc., préfèrent attendre la guérison d'un œil pour opérer l'autre. Quelques-uns même, comme Scarpa, remettent l'opération du second œil à la saison suivante. De part et d'autre on donne de bonnes raisons. Avec ceux qui opèrent les deux yeux le même jour, je crois pouvoir avancer, 1° qu'il est dangereux de soumettre deux fois le malade aux mêmes accidents; que si, lors de la première opération, il a fallu le saigner vigoureusement, on n'aura plus la même ressource si l'inflammation menace de compromettre l'œil opéré en second lieu;

2° Que l'opération pratiquée le même jour sur les deux yeux à la fois n'est point suivie de plus d'accidents que celle faite d'un seul côté;

3° Qu'en attaquant les deux yeux on a deux chances de rendre la vue au malade; qu'il est rare qu'on n'en sauve pas un;

4° Que si l'opération est faite à distance, l'œil opéré gagne une force relative très grande que le second œil n'aura pas toujours, parce que le malade négligera de l'exercer convenablement;

5° Que si l'on ne réussit pas sur le premier œil opéré, le moral du malade sera dans les plus tristes conditions lorsque le chirurgien attaquera le second, et que cette circonstance nuira singulièrement au succès.

Les chirurgiens qui veulent laisser un intervalle entre chacune des opérations ne manquent pas non plus de bonnes raisons. — Les accidents sont plus sérieux; deux opérations, selon Dupuytren, doivent entraîner des suites plus graves qu'une seule; souvent toute l'inflammation se porte sur l'un des yeux opérés et le désorganise promptement; cela est surtout évident si l'on opère par extraction, selon M. Caron du Villars qui a souvent vu l'œil opéré se vider spontanément au moment où l'on opère l'autre par suite d'un blépharospasme sympathique.

Ces craintes me paraissent, pour la plupart, exagérées, et je persiste dans l'opinion qu'on doit, en général, opérer les deux yeux le même jour quand ils sont complètement cataractés et que le malade ne peut plus apercevoir aucun objet. Si l'on a affaire à un sujet pusillanime ou nerveux, toutes choses égales d'ailleurs, on ne choisira pas l'extraction, parce qu'elle pourrait être suivie des accidents signalés par M. Caron. Sur tous les autres individus qui offrent des conditions favorables, on peut, avec de l'adresse, quelques précautions, un intervalle convenable et de quelques instants seulement entre les deux opérations (dût-on, dans quelque cas où le blépharospasme est très fort, appliquer quelques bandelettes sur l'œil dont la cornée a été ouverte), espérer d'éviter les accidents signalés.

Cette règle d'opérer les deux yeux le même jour n'est cependant pas absolue; il est des cas individuels dans lesquels l'opération doit être faite à distance et par des procédés différents. Si par exemple, un œil doit être opéré par abaissement et l'autre par extraction, on attendra après avoir touché un œil que tous les symptômes d'inflammation soient éteints pour opérer le second, parce que des accidents sérieux communs à l'une et à l'autre méthode pourraient mettre le résultat dans les plus mauvaises conditions. J'ai vu un chirurgien des hôpitaux de Paris faire un jour sur un homme de son service l'extraction d'un côté et l'abaissement de l'autre : des vomissements survinrent pendant la nuit et l'opération n'eut aucun succès. Cependant M. Amussat, à l'exemple de Weller, opère ainsi la cataracte, et ses résultats sont heureux.

V. *Saison.*

Plusieurs chirurgiens attachent une grande importance au choix de la saison dans laquelle l'opération doit être faite, d'autres ne voient aucun inconvénient à opérer quelle que soit l'époque de l'année, et je pense que ces derniers ont complètement raison, si toutefois on en excepte le moment où la chaleur est excessive; l'humidité, le froid, m'ont paru en général fort peu à craindre. Je n'ai point vu que ces conditions eussent une influence sérieuse sur le résultat de l'opération. La seule règle que je crois devoir suivre est d'opérer au moment où la santé générale est parfaite.

VI. *Age du malade à opérer.*

L'extrême vieillesse, l'âge climatérique chez la femme, l'enfance, ont été considérés comme des contre-indications de l'opération de la cataracte. L'âge climatérique me paraît seul, et encore dans de certaines limites, devoir être considéré comme tel; il est plus prudent d'attendre que la santé générale soit rétablie. La vieillesse n'est que bien rarement une cause d'insuccès lorsque l'œil est sain d'ailleurs. Les exemples de cataractes opérées sur des centenaires sont assez nombreux pour qu'il ne reste aucun doute à cet égard. L'année dernière encore, j'ai opéré un homme de 89 ans, et la vision s'est parfaitement bien rétablie. Quant aux enfants atteints de cataracte congénitale, il n'y a aucun inconvénient à les opérer lorsqu'ils ont atteint l'âge de 12, 15 ou 18 mois. (V. Cat. cong., n° d'août 1845.)

VII. *Préparation à l'opération.*

On a reconnu depuis longtemps qu'il est inutile de recourir à un traitement préparatoire avant l'opération de cataracte, lorsque cette maladie est simple et qu'elle n'est point le résultat d'une inflammation encore mal éteinte ou d'une affection générale. Dans ces dernières circonstances, il faudrait bien se garder de songer à l'opération avant d'avoir soumis le malade à un traitement sévère et as-

sez long pour que ces complications et leurs causes fussent sûrement éloignées. Les saignées générales ou locales, les purgatifs répétés, le repos prolongé à la chambre, les vésicatoires à la nuque, me paraissent au moins inutiles si le malade est dans de bonnes conditions générales. L'application des vésicatoires me semble surtout nuisible lorsqu'on opère par extraction, parce que le malade ne peut point conserver l'immobilité qui est si nécessaire, et que les douleurs qu'il éprouve l'empêchent de prendre du repos; dans l'abaissement ce moyen est pour le moins inutile. Cependant, et bien que je pense qu'en général un traitement préalable soit au moins superflu, lorsque les cataractés sont pléthoriques, habitués à faire bonne chère, sujets à quelque congestion vers la tête, il est sage de pratiquer une saignée quelque temps avant l'opération et de recommander une alimentation moins abondante et moins riche ; un jour avant l'opération, il sera bon de prescrire un purgatif pour débarrasser les intestins. Si l'on opère vers le milieu du jour, le malade pourra, de bonne heure, prendre quelque nourriture; un potage lui sera permis. J'ai reconnu la nécessité, chez les personnes accoutumées à l'usage du café au lait, de ne rien changer à cette habitude, parce qu'elles sont ordinairement prises d'une céphalalgie qui ne les quitte pas de toute la journée.

Lorsqu'on a affaire à un malade pusillanime ou à un enfant, il est avantageux, longtemps avant le jour fixé pour l'opération, d'habituer l'œil au contact des instruments, dans le but d'éviter qu'il ne s'agite vivement dans l'orbite et ne se cache sous la paupière supérieure. Plusieurs personnes recommandent de toucher les paupières avec un corps métallique mousse, persuadées que la sensation du froid est pénible à supporter et qu'elle est la principale cause des mouvements de l'organe. Je ne m'en tiens point à cette seule préparation; la paupière supérieure étant maintenue par un aide, je touche à plusieurs reprises le globe avec un stylet mousse ordinaire dans l'endroit même où la ponction doit être faite. Les femmes les plus nerveuses s'habituent facilement à la sensation désagréable que produit l'instrument, et l'on évite ainsi une double cause d'insuccès, les mouvements désordonnés de l'œil, et la syncope, si fréquente chez les sujets de cette constitution. Dernièrement j'ai eu l'occasion de m'applaudir encore d'avoir soumis à cette sorte de *répétition* de l'opération de cataracte une dame qui, quelques mois auparavant, s'était levée brusquement au moment où elle s'était senti piquer la cornée, et avait ensuite refusé nettement l'opération.

VIII. *Position du malade, du chirurgien et des aides* (1).

Lorsque rien ne s'y oppose, le malade sera opéré assis, ce ne sera qu'exceptionnellement qu'il demeurera couché; de cette manière, on pourra le mettre dans les meilleures conditions de lumière possibles. S'il reste au lit, la tête est élevée par un oreiller et le chirurgien placé debout. Dupuytren, qui préférait l'abaissement, opérait toujours le malade dans cette position pour éviter la syncope et empêcher le cristallin de remonter, ce qui arrive souvent, selon lui, par l'effet des mouvements du malade. D'autres chirurgiens opèrent debout et font asseoir le malade sur une chaise haute. Cela peut être très commode dans un amphithéâtre où tout est disposé par avance; mais il n'en est point ainsi, à coup sûr, dans la clientèle particulière; l'aide, dans ce cas, doit monter sur un meuble placé derrière le malade, et il en résulte qu'en outre du dérangement que cela occasionne, il ne peut tenir avec solidité la tête et l'approcher suffisamment de l'opérateur sans s'exposer à tomber lui-même en avant.

La situation la plus convenable à donner au malade consiste à le faire asseoir sur une chaise basse, ou mieux, sur un petit tabouret. Lorsqu'on se sert de la chaise, on en tourne le dossier vers le côté du malade, pour que l'aide et le patient soient en contact immédiat. Ce siége est placé près d'une fenêtre et de manière que la lumière traverse obliquement la cornée lorsque le malade est assis; le chirurgien a soin d'éviter que des reflets lumineux ne fassent naître quelque erreur sur la position des parties qu'il doit traverser. Il se place sur un siége plus élevé en face du malade, parce qu'ainsi les mouvements des bras s'exécutent sans aucune sorte de gêne. Les jambes du patient sont placées entre celles du chirurgien qui les fixe par une pression convenable. Il est des cas dans lesquels, surtout si le malade est très nerveux, il est prudent d'attacher les genoux avec une serviette; deux ou trois fois, après avoir omis cette précaution, je me suis trouvé véritablement embarrassé : pendant que j'opérais, les jambes du malade furent prises de mouvements, de tremblements dans le sens latéral si étendus, qu'elles venaient frapper contre les miennes, quelque effort que je fisse pour les éloigner, et que, perdant l'immobilité nécessaire, je fus forcé d'appeler à mon aide une personne présente qui fixa les jambes en les serrant vigoureusement entre ses bras.

L'aide se place derrière le malade; il soulève avec précaution la paupière supérieure au moyen de l'index et du médius de la main droite pour l'œil gauche, *et vice versâ* pour le droit. Les deux doigts de sa main sont d'abord appliqués sur le sourcil et la peau entraînée de bas en haut dans la portion correspondant au milieu de la paupière, d'abord avec l'index, puis le médius alternativement, jusqu'à ce que les cils se trouvent fixés sous les doigts contre l'orbite; la pression doit être ménagée autant que possible pour éviter quelque douleur au malade. L'aide applique la main gauche par sa face dorsale contre la nuque du patient et de telle sorte que la ré-

(1) Voy. le groupe, dans la planche intitulée *kératonixis*. (Atlas de janvier 1846.)

gion occipitale y trouve un point d'appui solide; il étend la jambe gauche en avant de manière à trouver sur la droite placée en arrière un point fixe qui lui permette de s'opposer aux mouvements d'avant en arrière de la tête de l'opéré. Sans cette précaution, l'aide perd l'équilibre au moindre mouvement du malade et abandonne brusquement la paupière qui tombe sur les instruments déjà introduits dans l'œil. J'oubliais de dire qu'avant de saisir la paupière, l'aide l'essuiera avec soin au moyen d'un linge fin, et qu'il frottera ses doigts dans une poudre de bois bien sèche ou avec de la craie. Il suivra les mouvements de l'opérateur avec attention et exécutera certaines manœuvres dont nous parlerons plus loin.

Si l'on doit opérer les deux yeux immédiatement, il est convenable de cacher le premier œil opéré sous un bandeau médiocrement serré, surtout lorsqu'on a choisi l'extraction. Cette précaution empêchera quelquefois l'œil de se vider par l'effet des contractions énergiques de l'orbiculaire et des muscles droits au moment où l'on attaque l'autre œil; cependant elle est loin d'être toujours indispensable. Il est inutile d'y recourir si l'on choisit de préférence l'abaissement ou si l'on n'a qu'un seul œil à toucher, à moins que le sujet ne soit si pusillanime que la seule vue des instruments puisse le faire tomber en syncope. Dr DESMARRES.

(*La fin prochainement.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

V. Observations d'incontinence d'urine.

Monsieur le rédacteur,

Au mois de juillet de l'année 1844, on me fit demander pour visiter un enfant atteint d'une rétention d'urine. La mère me déclara que son fils était malade depuis cinq jours; que depuis ce temps elle s'était aperçue que sa verge était très grosse et qu'il ne pouvait plus uriner.—L'enfant, examiné, m'offre les symptômes suivants : face pâle, yeux à demi entr'ouverts, hébétude; peau presque froide, exhalant une forte odeur d'urine; pouls petit et lent. La verge a la grosseur d'un boudin; le scrotum a son volume naturel, et la vessie dépasse l'ombilic. A la racine de la verge existe une ulcération ayant la forme d'un sillon étroit, profond, embrassant tout le contour du pénis; elle me parut occasionnée par un lien qui aurait étranglé cet organe. Le gonflement des parties m'empêchant de distinguer ce lien supposé, je porte le bout d'une sonde cannelée dans le fond de la plaie; je sens une petite résistance que je surmonte en portant un bistouri dans la cannelure de la sonde, et aussitôt l'urine coule avec force. Le lien était tout simplement un fil de soie qui offrit encore une grande résistance aux efforts que je fis pour le rompre. Je m'aperçois alors qu'un léger suintement d'urine se fait dans le fond de la plaie du pénis.

Je place en conséquence un bout de sonde à demeure dans l'urèthre, j'ordonne à la mère de couvrir les parties de compresses trempées dans du vin, et je laisse une ordonnance pour une potion tonique. Cette femme m'invite poliment à ne plus revenir, et je laisse l'enfant dans le même état où je l'ai trouvé. Trois mois après, ayant appris que l'enfant avait survécu, je me rendis chez sa mère. Elle me dit qu'après mon départ elle avait bien vite ôté la sonde, et que, sachant par expérience que le vin chaud donnait des forces, elle avait fait avaler de temps en temps à son fils des cuillerées de ce tonique des pauvres. Elle avait fait de ma potion tonique ce qu'elle avait fait de la sonde. Le lendemain, le malade s'était ranimé; le troisième jour il avait pu manger une soupe, et en dix jours, grâce au vin à l'intérieur et à l'extérieur, à de bonnes soupes au lard, son cher fils avait été sur pied. L'égout (la fistule) avait coulé un peu pendant neuf jours et toute la plaie s'était cicatrisée ensuite.

J'appris en même temps ce que je n'avais pu savoir d'abord. Ce pauvre enfant, âgé de six ans, avait depuis sa naissance une incontinence d'urine, et tous les matins sa mère lui administrait une sévère correction. Par désespoir il se lia la verge de toutes ses forces, me dit-il lui-même avec énergie, et coupa le fil ras le nœud. Le lendemain, la douleur étant vive, il avait inutilement voulu l'enlever, et, craignant encore d'être battu pour ce fait, il avait préféré mourir que de l'avouer à sa mère.

Chose remarquable! l'incontinence d'urine n'est plus revenue.

— Un an après, j'ai eu à traiter un enfant atteint aussi d'une rétention d'urine par obstacle mécanique. Le jeune Peltier, du village de Loix, âgé de quatre ans, ne pouvait plus uriner depuis trois jours. Une sœur de la Sagesse, ignorant la cause de la rétention, le gorge de tisane nitrée. Le visage est injecté, la peau brunâtre, sueur chaude; par moments délire, œdème de toutes les parties génitales; la vessie monte jusqu'à l'ombilic, le prépuce énormément gonflé cache tout-à-fait le méat urinaire. Des mouchetures n'amenant aucun résultat, je fends largement le prépuce. Je découvre entre les lèvres du méat un calcul que je ne peux dégager qu'en fendant, à sa partie supérieure, l'ouverture uréthrale. C'était un calcul gros comme un pois, rugueux, inégal. Mais l'urine ne s'écoule pas, et ma sonde introduite dans l'urèthre rencontre un autre calcul arrêté à la racine de la verge. Des pressions, des injections forcées, ne le font pas avancer. N'ayant sur moi aucun de ces instruments que nous employons pour les fragments engagés dans l'urèthre, fallait-il en venir à la boutonnière?

Je prends une seringue, je dis au père de presser l'urèthre avec le pouce derrière le calcul, et de chercher à le pousser en avant quand je le lui ordonnerai. J'introduis le bout de la seringue dans le méat que je presse dessus, et je pousse fortement le piston pour

élargir le méat uréthral avec la colonne d'air de la seringue. Le calcul, poussé par le doigt, se dégage et est extrait facilement. Ce calcul, lisse, de la forme et de la longueur d'un gland de chêne, avait dans toute sa longueur la grosseur d'un gros pois.

Aurait-il pu sortir si l'on n'était pas intervenu? Quand un médecin se trouve à deux lieues de sa résidence, en face d'un pareil cas, il ne peut pas se faire une pareille question. —Ce moyen si simple, qui m'a si bien réussi, est déjà recommandé par Prosper Alpin, et prouve que le médecin qui ne dédaigne aucun moyen, qui sait varier ses ressources, finit par atteindre le but qu'il n'osait plus espérer. — Un traitement simple amena promptement la guérison de l'enfant.

Agréez, etc.

E. KEMMERER. D. M. P.

Saint-Martin, île de Ré, le 4 janvier 1846.

VI. Observations de spina bifida.

Monsieur et très honoré confrère,

Le spina bifida est une affection dont le pronostic est assez grave et la guérison assez rare pour que l'observation suivante présente de l'intérêt. Si vous en jugez ainsi, vous pourrez en faire l'usage que vous trouverez convenable.

Le 8 juillet 1844, je fus consulté pour une enfant, née dix jours auparavant, qui portait une tumeur du volume d'un œuf d'oie, située à la nuque, au niveau de la troisième vertèbre cervicale. Ses parois paraissaient très épaisses, sa couleur rougeâtre; sa base rétrécie avait une circonférence de sept centimètres et permettait à peine de reconnaître l'écartement des deux lames de la vertèbre viciée. Lorsqu'on voulait essayer une compression un peu forte, les cris de l'enfant empêchaient qu'on ne pût s'assurer si cette manœuvre aurait diminué le volume de la tumeur. J'avais affaire évidemment à un *spina bifida* sans complication d'hydrocéphale; et comme les parents sollicitaient eux-mêmes une opération, je me rendis à leurs vœux, après les avoir avertis des chances fâcheuses qu'on avait à courir. Je ne devais pas penser à la compression, procédé que j'avais employé avec succès, il y a plus de douze ans, contre un *spina bifida* situé à la région lombaire chez un enfant d'un mois, qui, depuis ce temps, s'est toujours bien porté. Dans ce cas, j'avais pu affaisser la tumeur dont le volume égalait celui d'un œuf de poule. Dans celui-ci la tumeur ne pouvait être réduite. Devais-je recourir aux ponctions réitérées? elles ont très rarement réussi. — La suture pratiquée après l'ablation de la tumeur ne compte qu'un ou deux succès. On a conseillé la ligature établie sur le pédicule, lorsqu'il en existe un; mais on ne dit point qu'elle ait été faite avec succès, tandis qu'on cite un fait dans lequel, après l'avoir employée, on a eu à s'en repentir, puisqu'elle n'a eu pour résultat que des convulsions et la mort.

Cependant c'est la ligature que j'ai cru devoir préférer, en modifiant le procédé. J'ai placé autour de la base de la tumeur un cercle de caustique de Vienne pour obtenir une eschare que j'ai entourée d'un fil de lin médiocrement serré. L'enfant a poussé quelques cris. Ensuite j'ai fait avec une lancette une ponction qui a donné issue à vingt grammes de sérosité mêlée d'un peu de sang fourni par les téguments. Je m'étais réservé de serrer davantage la ligature; mais je n'ai pu revoir la petite malade qu'après quatre jours. Elle n'avait point manqué de prendre le sein de sa mère; toutes ses fonctions étaient régulières. Cependant la tumeur paraissait plus volumineuse que je ne l'avais trouvée à ma première visite. J'ai resserré la ligature, malgré quelques douleurs que l'enfant a manifestées par ses cris, mais qui n'ont pas dû être fort vives. Une ponction a donné issue à quarante-cinq grammes de sérosité. Après quatre autres jours la tumeur était flétrie; elle exhalait une odeur fétide. Je l'ai excisée et j'ai reconnu que ses parois étaient formées par la peau, une assez grande épaisseur de tissu cellulaire et les membranes rachidiennes. Au bout de quelques jours l'eschare est tombée: la surface qu'elle recouvrait s'est cicatrisée peu à peu: l'adhésion des membranes coupées par le fil a empêché la sortie de toute espèce de liquide. Quatre mois s'étaient passés lorsque j'ai constaté qu'il ne restait point de traces de la maladie. L'endroit qu'elle avait occupé n'était remarquable que par quelques stries rougeâtres ou violacées; de plus, on sentait au-dessous de la peau une saillie osseuse, une sorte de cal dans le point où l'on avait observé une cavité. L'enfant avait pris l'accroissement convenable à son âge et se portait bien. Je n'ai point eu occasion de la revoir depuis ce temps-là.

Cette guérison a pu être favorisée par les conditions dans lesquelles ce sujet se trouvait sous le rapport de la santé générale, quoique les circonstances relatives au spina bifida (sa situation, son volume) fussent désavantageuses; mais le succès a été rendu plus assuré par la précaution de produire une eschare afin de prévenir les accidents nerveux qu'on devait redouter de l'application immédiate de la ligature sur des tissus vivants. Ce même moyen a en même temps procuré d'utiles adhérences.

BEAUNIER, D. M. P.

Pezou (Loir-et-Cher), 12 janvier 1846.

VII. Un mot sur la digitaline.

Ad extremos morbos, summæ curationes, quoad rectitudinem, sunt optimæ.
(HIPP.)

Le docteur Homolle a trouvé la digitaline. Sa découverte a été froidement accueillie dans

lemonde médical. Est-ce justice? Nous pensons que la *réserve* des médecins à cet égard a été poussée trop loin. L'expérimentation m'a appris, pour ma part, que cette nouvelle substance médicamenteuse était *quelquefois* d'un grand secours au lit du malade. *Quand elle est utile*, son action est plus prompte et plus énergique que celle de la digitale. Cette action doit être surveillée avec soin, afin de ne pas dépasser le but qu'on se propose. Je crois qu'elle pourrait tuer, même à très petites doses, si elle était administrée pendant un trop long temps. Cette circonstance qu'elle porte en elle la mort à côté de la vie n'est pas une raison, comme quelques praticiens l'ont prétendu, pour la frapper de proscription. Tous les moyens thérapeutiques, quels qu'ils soient, n'ont-ils pas, par une cause ou par une autre, la puissance fatale d'entraîner après eux les accidents les plus graves? Cela se voit tous les jours, et pourtant personne de raisonnable, que je sache, n'a encore songé à conseiller l'abandon de la médecine. Je soutiens, au contraire, que la *toxicosité* d'un remède est un motif d'adoption. C'est à la main qui le donne à diriger sa force. Cette proposition, consacrée par les temps et par l'expérience, n'a pas besoin de démonstration. Ainsi, acceptons la digitaline, sauf à la classer plus tard selon sa véritable valeur *curative*.

Voici un cas d'hydropisie par pléthore sanguine où la digitaline m'a paru admirablement réussir :

Obs.—Le 19 nov. 1845, mademoiselle de X..., de Bergerac, âgée d'environ 50 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, habituée à une bonne table, menant une vie sédentaire, inactive, s'endormant facilement après chaque repas, ayant eu plusieurs maladies sérieuses, étant, quoique très robuste, *et peut-être à cause de cela*, habituellement souffrante, me fait appeler auprès d'elle.

Son état est fâcheux, les membres inférieurs et la cavité péritonéale contiennent une énorme quantité de sérosité. Le mal, qui a commencé par les membres et qui a toujours progressivement augmenté jusqu'à ce moment, date d'environ un mois ou six semaines. (La malade a d'autres fois éprouvé en moins ce qu'elle éprouve aujourd'hui en plus, et il a toujours fallu un traitement plus ou moins long, plus ou moins compliqué, pour la tirer d'affaire).

Ne croyant pas utile de décrire *ici* les symptômes propres à l'infiltration des membres et à l'épanchement abdominal, je passe à d'autres considérations.

La respiration est *courte*, difficile, impossible dans le décubitus sur le dos; le pouls est dur, plein et peu fréquent; les yeux sont saillants, *inquiets*; la face, les mains et surtout les lèvres ont une teinte violacée; la marche ne s'effectue qu'avec beaucoup de peine et de lenteur; l'appétit est un peu diminué; la soif est à peu près normale; LES URINES SONT TRÈS RARES; le cœur est sans lésion organique; le poumon et les viscères du ventre sont sains. La malade est découragée.

Cette dernière circonstance m'engageant d'elle-même à lui proposer un moyen dont elle n'eût pas encore fait usage, me fit penser à la digitaline. Je la lui prescrivis en pastilles d'un milligramme chacune, à prendre deux par jour, une le matin à jeun, une le soir plusieurs heures après le dernier repas, sans oublier les précautions hygiéniques appropriées à son état.

Le 27 du même mois (novembre), la maladie, qui semblait être restée stationnaire jusqu'alors, prit tout-à-coup les apparences d'une *excessive gravité*. Il y avait des envies de vomir, des vomissements; une douleur vive, insupportable, se faisait sentir du côté de l'estomac, des intestins, *et surtout des reins*; la circulation et la respiration présentaient un grand trouble. Tout présageait une fin malheureuse, quoique encore éloignée.

Comme mademoiselle de X... avait ce jour-là mangé un peu plus que d'habitude, je *crus* à une indigestion, j'eus peut-être tort. Toutefois, je conseillai, entre autres choses, une potion comme il suit, à boire en deux doses, à deux ou trois heures d'intervalle :

Eau distillée,	60 grammes.
Esprit de Mindérérus,	8 gouttes.
Sirop de sucre,	30 grammes.

Le lendemain, 28, la malade se sent beaucoup mieux. *Les urines sont abondantes.* Néanmoins, on applique par précaution douze sangsues sur l'épigastre, et on frictionne, deux fois la journée, les autres parties du ventre, qu'on recouvre ensuite d'un cataplasme de farine de lin, avec la pommade suivante :

Axonge purifiée,	45 grammes.
Huile d'amandes douces,	8 —
Pommade de cyanure de mercure,	15 —
Acide prussique médicinal,	30 gouttes.
Extrait de digitale,	4 grammes.

La digitaline ne cesse pas un instant d'être prise, *ut suprà.*

Le 29, je fais prendre un purgatif d'huile de ricin.

Le mieux est constant; il marche à grands pas.

Vers le 14 décembre, l'hydropisie n'existe presque plus : les régions malléolaires seules en conservent encore quelques légères traces.

Tout va bien; mais, dans la nuit du 14 au 15, apparaît une bronchite aiguë, sans cause appréciable.

A partir de cette époque, l'inflammation pulmonaire (trop connexe avec la première affection pour que je n'en parle pas avec quelques détails, bien qu'on pût la supprimer sans altérer à la rigueur le fond de mon sujet) devient l'objet spécial de mon attention et de mes craintes.

Une toux sèche, fréquente, intolérable, un pouls mou, petit, battant 115 pulsations à la minute, *une insomnie opiniatre*, une soif vive, la dyspnée, l'inappétence, *une faiblesse extrême de tout le corps*, etc., en constituent l'appareil symptomatologique.

La médication à faire est difficile. Un faux pas

peut être mortel. La malade est sans vigueur; elle n'offre plus au médecin qu'une voie obscure et périlleuse. Cependant je ne perds pas espoir. Éclairé du passé et du présent, j'ordonne :

1° La suppression de tout le traitement antérieur;
2° La diète ;
3° Les boissons émollientes;
4° Deux mouches de Milan sur le thorax;
5° La potion ci-dessous, prise par cuillerées à bouche, d'abord de demi-heure en demi-heure, puis à des distances de plus en plus éloignées :

Infusion d'hysope,	120 grammes.
Sirop de Tolu,	30 —
Sirop de rhubarbe,	30 —
Sirop de capillaire,	30 —
Acide benzoïque,	30 centig.

6° Le repos le plus absolu.

Dès les premières cuillerées de la potion, la malade éprouve du soulagement. La poitrine est moins embarrassée. L'expectoration commence. Bientôt tous les symptômes s'amendent assez pour permettre, concurremment avec le traitement, un régime alimentaire.

Le *modus curandi* d'un remède est presque toujours plus ou moins malaisé à saisir, soit qu'on considère la chose sous un point de vue général, soit au contraire qu'on l'examine dans chaque cas en particulier. Comme un *soleil de brume*, il ne jette jamais que des rayons passagers ou incertains. Cette vérité est aussi *vraie* que lamentable. Quoi qu'il en soit, nous croyons (et c'est pour cela que nous nous abstenons d'entrer dans de plus longs commentaires) *qu'ici* les *rouages curatifs* de la digitaline ne peuvent être douteux pour tout praticien qui lira attentivement l'observation qui précède.

Bergerac, le 1er février 1846.

De Larue, D. M. P.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

I. Déontologie médicale, ou des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation ; par le docteur Max. Simon (1).

Suite et fin .—Voir le dernier numéro.

Le médecin est en même temps la providence terrestre et le serviteur de tout individu qui souffre : grandeur et esclavage, tel est le double caractère de notre admirable et pénible profession. Comment n'hésiterais-je pas à faire seulement l'énumération des vertus et des qualités morales que le médecin devrait réunir pour être véritablement au niveau de son ministère? C'est à en prendre ou un excessif orgueil, ou un immense découragement. Disons pourtant celles qui viennent se placer en tête de toutes les autres, et que le moraliste ne peut se dispenser de faire connaître et surtout de recommander : tels sont l'humanité, le dévouement, la patience, la douceur, la pitié, la bienveillance, etc.

A ces qualités morales doivent s'associer certaines qualités intellectuelles, qui sans doute ne peuvent suppléer à la science proprement dite, mais qui servent admirablement à la seconder, ou à en préparer les voies : citons entre autres la sagacité, la pénétration, la connaissance du cœur humain, l'art d'y lire en quelque sorte à l'insu, quelquefois même contre la volonté des malades, l'adresse à découvrir les douleurs secrètes, l'habileté à sonder les plaies cachées de l'âme, le don de la persuasion, enfin ce je ne sais quoi qui captive la confiance et qui subjugue la volonté.

Il est difficile de connaître mieux que notre auteur tout l'arsenal de ce qu'on peut appeler la thérapeutique morale; non-seulement il le connaît, mais, à la manière dont il en parle, on s'aperçoit qu'il sait en manier avec habileté les précieux instruments. C'est le *medicus sermone potens* dont il nous parle quelque part. On peut dire que dans cette partie de son livre M. Simon est sur son terrain de prédilection : il est si bien pénétré, si enthousiasmé de son sujet que les choses semblent couler de source : pensées grandes, sentiments délicats, paroles généreuses, tout vient se placer sous sa plume si naturellement et avec tant d'à-propos, qu'on ne fait pas de différence entre ce qu'il emprunte à ses souvenirs, et ce qui jaillit de sa propre inspiration. Que ne puis-je citer ici comme exemples tous ces traits heureux qui mériteraient de rester toujours gravés dans le cœur du médecin plus encore que dans sa mémoire? mais il faut faire un choix, et nous borner à quelques-uns : « Savoir écouter celui qui souffre, n'est-ce pas en partie le consoler déjà? N'y a-t-il pas, dans la manière d'écouter, quelque chose qui témoigne la bienveillance et qui sert à l'obtenir? »

Et ailleurs: « Observez, dit l'auteur avec Cabanis, observez les médecins qui guérissent le plus, vous verrez que ce sont presque tous des hommes habiles à manier, à tourner en quelque sorte à leur gré l'âme humaine, à ranimer l'espérance, à porter le calme dans les imaginations troublées! »

« Si tous ceux, dit M. Simon, qui approchent de l'homme que le mal enchaîne sur un lit de douleur, croient devoir au moins prendre le masque d'un intérêt bienveillant, d'une affectueuse sympathie, le malade a bien plus besoin encore de retrouver ces sentiments sincères et vrais dans le médecin en qui il place toute son espérance. »

« Pour moi, s'écrie M. Simon quelque part, si je n'étais médecin pour guérir quelquefois, je voudrais l'être pour consoler toujours. » Belle et touchante parole qui suffirait pour recommander un ouvrage, et en faire aimer l'auteur.

Or, ce deuxième livre est semé de traits de ce genre : j'en aime surtout la première partie qui me semble empreinte d'une sorte d'onction et d'une éloquence vraie, naturelle, parfaitement en harmonie avec le sujet lui-même;

(1) 1 v. in-8 de 600 p., chez J.-B. Baillière, 1845.

comme écrivain, elle lui méritera des éloges; comme homme de cœur, elle lui attirera bien des sympathies. Quel est le malade qui ne serait heureux de trouver auprès de son chevet un médecin qui a dans le cœur des sentiments aussi dévoués, et dans la bouche d'aussi bonnes paroles?

M. Simon a très convenablement traité la question du secret, et c'est sur d'excellentes raisons qu'il établit, pour le médecin, la nécessité de la discrétion, à laquelle se rattachent bien souvent l'honneur, la paix, la sécurité et le bonheur des familles. Avec Hippocrate, il comprend la discrétion de la manière la plus large, c'est-à-dire que le secret est obligatoire non-seulement pour les choses que le médecin reçoit en confidence, mais encore pour celles qu'on cherche à lui dissimuler, et que la maladie indiscrète lui révèle.

M. Simon va plus loin encore, et il fait preuve d'un sens moral tout-à-fait exquis en professant que rien ne saurait justifier l'indiscrétion du médecin, ni l'ingratitude, ni les mauvais procédés par lesquels on répond parfois à la générosité de son dévouement.

En effet, à nos yeux, le secret doit être inviolable pour un médecin comme il l'est pour un ami, s'il est vrai que le médecin soit le confident naturel du foyer domestique; du moins, en raison de son caractère et de sa position, il en contracte les devoirs et les obligations. Or, un ami ne doit jamais divulguer ce qui lui a été confié sous le sceau de l'amitié, ni surtout s'en servir comme d'une arme, jamais, dis-je, même après la rupture. Autrement ce serait autoriser le conseil de ce prétendu sage qui disait: qu'il fallait être discret et réservé vis-à-vis de son ami, dans la prévision du jour où celui-ci pourrait devenir un ennemi. Froide et désolante maxime, qui, mise en pratique, menacerait de réaliser la boutade misanthropique du philosophe qui s'écriait : O mes amis, il n'y a pas d'amis.

Il m'est impossible de suivre notre auteur dans les longs développements auxquels il se livre au sujet des devoirs particuliers que les médecins ont à remplir à l'égard des femmes, à l'égard des vieillards, envers les malades atteints d'affections incurables, envers les hypochondriaques,etc. Sans doute on trouvera dans ces divers chapitres de très sages et de très utiles conseils, mais auraient-ils perdu quelque chose à être exposés d'une manière plus concise et un peu moins ambitieuse?

Il m'eût été plus agréable de m'arrêter davantage sur les deux chapitres où il est question des devoirs des médecins dans les épidémies et dans les maladies contagieuses, car ici il n'y a que des éloges à donner; et ce champ de bataille des médecins, pour me servir du langage de M. Simon, a été pour l'écrivain un véritable champ de triomphe. Mais il faut que je m'impose des limites, même dans l'éloge. Je terminerai ce livre en disant quelques mots sur le chapitre très neuf et très intéressant de l'*euthanasie*.

C'est avec grande raison que M. Simon s'est élevé contre l'opinion de Barthez, et de quelques autres auteurs, qui ont soutenu à l'aide de très pauvres arguments ce singulier paradoxe, savoir : que la mort s'accompagne d'une sorte de sentiment de bonheur. Si cela est, cela doit être assurément très exceptionnel. La mort par syncope ou par sénilité, qui a sans doute servi de type à ces écrivains, n'est qu'une très rare exception, dont il n'est pas permis de faire une sorte de loi ; et puis cette mort elle-même prouve-t-elle ce qu'on prétend lui faire prouver ? Si on étudie ce grand phénomène en observateur et non en poète, il est difficile de ne voir dans le moment qui précède la mort qu'une image de ce qui se passe à l'approche du sommeil ; et je doute qu'on arrive jamais à persuader à beaucoup de gens, médecins ou autres, que l'agonie, au lieu d'être une lutte extrême, soit un dernier plaisir, une volupté ultime.

Faisons bien remarquer avec M. Simon que dans ce débat il y a autre chose qu'une affaire de curiosité scientifique. Il importe, en effet, que le médecin soit convaincu de la triste réalité des choses, car cette conviction le conduira à réunir jusqu'à la fin tous ses efforts pour rendre plus facile au malade que son art n'aura pu sauver ce pénible passage de la vie à la mort. A cette occasion, M. Simon a bien mérité de l'humanité en s'étudiant à donner des préceptes très sages, généralement sanctionnés par l'expérience, là où tous les auteurs qui l'avaient précédé s'étaient bornés à faire de froides dissertations, ou à n'émettre que des vœux stériles. Enfin, après avoir loué M. Simon pour son bon esprit, je n'hésite pas à le louer pour son courage, car il y a du courage à dire à la face des médecins que lorsque la médecine n'a plus rien à faire pour adoucir l'amertume des derniers instants de la vie, il reste encore pour le malade ou le mourant une précieuse ressource, et à dire nettement quelle est cette ressource.

Je me hâte d'arriver au livre 3e qui traite des devoirs des médecins envers la société.

C'est chose assez difficile pour un médecin que d'établir, d'une manière tout-à-fait convenable et impartiale, quelle est la mission sociale réellement dévolue à notre profession. En effet, suivant qu'il y aura en lui plus ou moins du praticien ou du philosophe, il sera exposé à se tenir en dehors de la vérité, soit en amoindrissant le ministère du médecin, dont il fera modestement un simple *guérisseur*, soit en le grandissant d'une façon démesurée, jusqu'à voir en lui un *thérapeute* social, et comme le médecin-consultant des gouvernements et des Etats, non moins que des individus malades.

M. Simon, n'appartenant d'une manière exclusive ni à l'une ni à l'autre de ces deux catégories, a eu le bonheur de pouvoir éviter ce double écueil; et si je lui sais bon gré de s'être montré équitable et digne dans l'appréciation du rôle qu'il nous appartient de jouer vis-à-vis de la société, je le félicite non moins sincèrement d'avoir su rester sage et modéré dans une circonstance où les prétentions les plus ambitieuses pouvaient se déguiser facilement

sous le masque spécieux de l'honneur médical et de l'intérêt public.

S'agit-il de juger l'influence dangereuse que les théories médicales peuvent exercer sur la société? on est vraiment heureux de voir avec quel succès M. Simon, à l'aide du simple bon sens, parvient à faire sentir l'inanité de je ne sais quelles théories physiologiques qui ne tendent à rien moins qu'à réformer la société de fond en comble, comme les égalitaires ; ou à doter le monde d'améliorations hasardeuses à l'aide de moyens plus hasardeux encore, comme certains hygiénistes radicaux; ou enfin à éclairer et diriger les gouvernements, en discernant et révélant par avance les aptitudes, les bons ou les mauvais penchants des candidats au pouvoir, comme les crânioscopistes, etc., etc.

A Dieu ne plaise que, sur les pas de notre auteur, je consente à m'engager dans l'interminable revue critique de tous nos songe-creux physiologiques. Pourtant je me ferais quelque scrupule de passer entièrement sous silence certains psychiâtres modernes, dont on ne saurait faire trop sévère justice : j'entends parler de ces médecins qui, en vertu d'une notion assez mal débrouillée de la folie, ont eu la malheureuse inspiration de s'attaquer aux plus nobles esprits qui aient honoré ou servi l'humanité, et de porter, sous de mauvais prétextes, une main téméraire sur la couronne de ces véritables rois de l'intelligence. Mais heureusement jusqu'ici ces attaques n'ont fait de tort qu'aux aggresseurs.

Pour achever cette analyse, il me reste à jeter un coup d'œil sur le quatrième et dernier livre, où il est question des *droits* des médecins.

Cette deuxième partie de l'ouvrage occupe une place pour ainsi dire imperceptible, comparativement à la première. Cette notable différence tient, je le sais fort bien, à la nature même des choses, s'il est vrai qu'en toutes choses, le chapitre des devoirs prime nécessairement le chapitre des droits. Mais ici la disproportion est trop excessive pour qu'il n'y ait pas un peu de la faute de l'auteur.

En effet, au premier coup d'œil, il est facile de reconnaître des lacunes et des omissions tellement graves qu'on ne sait à quoi les rapporter. Ainsi au chapitre de nos droits il en est un très essentiel, très naturel, qui méritait assurément une mention expresse, et même une place très respectable, c'est le droit d'être rémunérés suivant nos services. Cette question vitale des *honoraires* demandait à être étudiée très sérieusement dans ses rapports avec les individus, dans ses rapports avec la société, avec le gouvernement, et sous bien d'autres rapports encore. Il ne manquait pas à cette occasion d'utiles recherches à faire, de graves discussions à débattre, et de bons conseils à donner; pourquoi donc avoir gardé le silence sur cette question et sur quelques autres analogues? de la part de l'auteur, est-ce optimisme ou délicatesse exagérée ?

Quoiqu'il en soit, si digne que ce sujet considéré dans son ensemble puisse être de notre sollicitude, je m'abstiendrai cependant de l'examiner et de le discuter. C'est sans doute à regret que je me vois forcé de prendre cette détermination, au préjudice de M. Simon, dont les vues sur les graves questions qui ont trait à la réorganisation médicale sont souvent excellentes. Mais ces vues, si neuves ou si parfaites qu'on puisse les supposer en elles-mêmes, n'auraient-elles pas l'irréparable inconvénient de se présenter quelques mois trop tard? C'est un peu de ma faute, j'en conviens, mais que faire et que dire contre un fait accompli? Or, comme après les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet au sein du Congrès médical, je n'aurais pas grande chance d'éclairer ni d'intéresser le public auquel je m'adresse, je demanderai à M. Simon la permission de ne pas insister sur cette dernière partie de sa *Déontologie*.

Je viens de prononcer un mot dont jusqu'ici je m'étais abstenu à dessein, bien que ce fût le titre même de l'ouvrage que j'avais à analyser. Il est temps que j'en dise mon avis.

Ce titre est-il exact et est-il parfaitement approprié à la nature du sujet, et à toute l'étendue du sujet?

Nous avons établi au début de ce travail que la médecine, entendue dans sa plus large acception, devait comprendre deux éléments indissolubles, savoir : un élément intellectuel et un élément moral; ou, si l'on veut, une partie scientifique et une partie extra-scientifique.

La partie extra-scientifique de la médecine est à la fois très étendue et assez complexe. En la soumettant à une exacte analyse, on peut la réduire à deux élements très distincts : l'un est fondamental, il comprend les choses vraiment nécessaires, l'ensemble des vertus et des devoirs obligatoires pour le médecin, c'est l'élément *moral* proprement dit; l'autre est secondaire, il comprend les choses seulement utiles ou de simple convenance, c'est l'élément qu'avec Fr. Hoffmann j'appellerai provisoirement l'élément *politique* de la médecine.

D'après ces simples données, il m'est permis de dire que le titre donné par M. Simon à son livre manque d'exactitude; et, sur ce point, je me trouve tout-à-fait d'accord avec un critique éminent qui a eu à juger avant moi l'ouvrage de M. Simon.

En effet, le mot *déontologie*, d'après l'acception qu'il a reçu de J. Bentham auquel il est emprunté, ne signifie pas du tout la science du devoir, comprise au sens rigoureux des moralistes (sens complètement adopté par M. Simon), mais il signifie la science de ce qui est convenable, de ce qui est à propos, ce qui ne peut s'appliquer qu'à un système de morale tout opposé.

D'après la distinction faite par nous tout à l'heure, peut-être le mot *déontologie* pourrait-il servir à désigner l'élément secondaire, la branche accessoire de la partie extra-scientifique de la médecine, mais jamais l'élément fondamental, ou le véritable élément moral, sous peine de jeter la confusion dans les idées et l'anarchie dans le langage.

Outre ce défaut capital, ce titre en aura un

autre pour le public, c'est d'être trop savant, et de nécessiter, pour être compris, le secours du lexique. C'est pourquoi, dans l'intérêt de l'auteur lui-même, eussé-je préféré voir figurer en tête du livre le mot de *morale* médicale, ou tout autre de ce genre, au lieu et place du mot *déontologie*; quitte ensuite à M. Simon de nous dédommager, dans le corps de l'ouvrage, en accordant quelque chose de plus à la partie réellement déontologique de son sujet.

Cela signifie que j'ai à adresser à notre honorable confrère le reproche sérieux que voici: c'est que, contrairement peut-être à ses intentions, je n'ose dire contrairement à son titre, il a évidemment trop sacrifié à l'élément moral proprement dit l'élément que tout à l'heure j'appelais politique, et que je puis actuellement appeler déontologique, en rendant à ce mot son sens consacré.

Sans doute M. Simon a eu raison d'insister avant tout sur la morale, ou la science du devoir, et c'était à merveille de célébrer par dessus toutes choses la charité, le dévouement, le désintéressement, la bienfaisance, la discrétion, en un mot toutes les vertus qu'on peut considérer comme les vertus cardinales de la profession médicale.

Mais lorsqu'on entreprend la mission importante de conseiller, et, jusqu'à un certain point, de réformer le corps médical, pourquoi être si avare de paroles et de recommandations, pourquoi même se tenir tout-à-fait silencieux au chapitre des qualités qui, bien que d'un second ordre, n'en sont pas moins dignes de fixer l'attention du moraliste, par la raison qu'elles doivent servir à concilier au médecin, par des moyens honorables, la confiance des malades, l'estime et la considération du public, et concourir finalement au succès de l'art et à l'honneur de la profession?

Mais il importe qu'il n'y ait pas ici de méprise. En m'entendant réclamer de plus longs développements sur la question véritablement déontologique, ou, pour m'exprimer en langue vulgaire, sur la question de la *convenance* en médecine, M. Simon me fera l'honneur, je l'espère, de croire que je songe à réclamer de lui quelque chose de plus et de mieux qu'un chapitre détaché d'un livre sur la *civilité*, de même qu'en traitant de la partie morale proprement dite, il a entendu de son côté, avec grande raison, nous donner autre chose qu'une paraphrase du *décalogue*. Ici le mot *convenance* a la valeur d'une expression générique destinée à embrasser toutes les qualités et toutes les observances concernant la partie extérieure de la médecine, et il demande à être interprété dans un sens élevé et vraiment libéral, comme dans celui du livre hippocratique: *de decenti habitu*, etc., où le père de la médecine n'a pas dédaigné de nous laisser quelques bonnes instructions sur ce sujet.

La question des devoirs des médecins entre eux devait faire l'objet d'un des chapitres les plus importants de la déontologie; en la passant complètement sous silence, M. Simon a laissé dans son ouvrage une regrettable lacune. Ici encore il faut savoir envisager les choses un peu largement; ainsi le chapitre des relations confraternelles me semble contenir quelque chose de mieux que de pures questions de forme, de déférence, d'urbanité, etc.

En effet, il est une question à la fois importante et délicate qui avait ici sa place naturelle, et qui demandait à être traitée sérieusement: cette question, c'est celle des *consultations*. A la première vue on aperçoit combien il y avait à dire sur leur utilité, sur leur opportunité et leur convenance, sur certaines règles à suivre, sur les devoirs particuliers imposés aux médecins en cette circonstance, soit envers les malades et les parents, soit envers leurs confrères, etc.

Assurément je n'ai pas la prétention de combler ici toutes les lacunes de la partie déontologique; ce serait un assez long chapitre à ajouter au livre de M. Simon. Il en est une cependant que je tiens à indiquer en raison de son importance; ainsi j'aurais désiré que l'auteur recommandât à tous les médecins de prendre, autant que possible, des notes sur leurs malades, et d'en tenir registre, toutes les fois qu'ils auront affaire à une maladie un peu sérieuse, surtout aux affections diathésiques et héréditaires. C'est une excellente coutume qu'on ne saurait trop préconiser dans l'intérêt réuni des malades et des familles, aussi bien que pour l'avantage de la science et du médecin lui-même.

Quoi qu'il en soit, après avoir lu cet ouvrage, le médecin ne pourra qu'honorer sa profession et estimer l'auteur qui aura su lui en donner une si haute idée. Combien de médecins, vulgaires par l'intelligence, n'ont jamais compris la grandeur morale de leur mission! combien d'autres, vulgaires par le cœur, ne l'ont jamais sentie! Supposez donc que, dans l'esprit de celui qui n'a point su s'élever à l'idée salutaire des nobles difficultés de son ministère, M. Simon ait seulement déposé le germe d'un nouvel ordre de pensées. Si la terre où tombe ce grain est bonne, que de fruits! quelle suite incalculable d'inspirations généreuses! que d'erreurs évitées! que d'occasions de faire le bien saisies, et qui ne l'eussent jamais été! et, en retour, que de bénédictions, honoraires précieux du pauvre qui souffre! quelle considération de la part du riche dont l'argent tout seul n'est jamais qu'un dédommagement insuffisant pour le médecin qui s'estime! enfin, que d'exemples perpétués, que de nouveaux germes semés, et quelle génération infinie de bienfaits intimes aux yeux de celui qui connaît l'excellence et les besoins de la nature humaine!

Si on veut supposer maintenant qu'au lieu de porter la lumière dans un esprit frivole ou rétréci, mais non gâté, les leçons de l'auteur ont fait sentir l'aiguillon de l'honneur et du remords à un cœur prêt à se corrompre au sein de cette atmosphère de morale relâchée où vivent certains médecins à qui l'intelligence ne manque pas, que de fautes empêchées! que de chutes honteuses prévenues peut-être!

encore une fois, que d'inappréciables bienfaits!

Comme on le voit, le livre de M. Simon est destiné à combler une très importante lacune, et dans notre éducation, et dans notre littérature médicales. C'est donc un devoir pour moi de le recommander instamment à tous les membres du corps médical, et spécialement à ceux de nos jeunes confrères qui, pleins de bonnes intentions, mais dépourvus de toute expérience, se préparent à entrer dans la vie militante du praticien. J'ose présumer que tous ceux qui le liront éprouveront avec vivacité le sentiment de la dignité de leur profession, et qu'il éclairera leur religion, ou éveillera leur sens moral sur une foule de problèmes délicats et de situations graves, en face desquels on ne saurait être trop fort.

Que si, pour conclure, nous voulons rechercher dans l'ouvrage de M. Simon le secret de cette influence, où le trouverons-nous? Dans les brillantes qualités de l'écrivain : l'esprit, la grâce, la chaleur et la verve? dans le prestige d'un style éclatant, pittoresque et animé? Ce sont là certainement des moyens de captiver l'esprit, de le tenir en haleine sous l'imagination stimulée, et de remuer ainsi le sentiment. Mais encore est-il que ces moyens d'action tout extérieurs, si puissante et si exercée que soit la main qui les met en jeu, demandent à être employés avec autant de tact que de ménagement, sous peine de produire bientôt sur le lecteur un état de surexcitation très voisin de la fatigue. Or, peut-être, malgré son extrême habileté, M. Simon n'a-t-il pas toujours réussi à éviter tout-à-fait cet inconvénient!...

M. Simon a un langage correct et châtié; sa phrase est souple et élégante, sa période harmonieuse : elle a même généralement une ampleur et une sorte de solennité qui pourraient faire craindre parfois la monotonie du beau. Mais ce qui la relève, c'est la variété des citations et des exemples puisés dans l'instruction historique et littéraire la plus variée; c'est le choix des anecdotes, c'est l'éclat du trait lancé, et j'ajouterais, c'est son opportunité, s'il n'avait le défaut de ne pas se faire assez désirer, de manquer quelquefois de naturel, ou d'être un peu trop prétentieusement aiguisé.

Mais toutes ces ressources du talent, si incontestable et si éminent qu'il puisse être, n'en seraient pas moins impuissantes à faire naître un intérêt solide, à exciter des sentiments élevés, et à produire les effets salutaires qu'aura l'ouvrage de M. Simon.

Disons-le donc en finissant, c'est aux principes de la philosophie spiritualiste qu'il faut faire honneur de l'influence dont nous recherchons la cause.

Ces principes circulent à travers toutes les pages de ce livre; ils lui donnent cette vie réelle que le style à lui seul ne peut que simuler. Idées saines, nobles sentiments, inspirations généreuses, paroles vraiment éloquentes, M. Simon doit à ces impérissables principes tout ce qui fait la force et le mérite de son ouvrage, et ce qui, sans aucun doute, en fera la fortune et le succès.

H. THIRIAL.

II. Mémoire sur la nature de la folie et sur le traitement à lui opposer; par Léopold TURCK, D.M. à Plombières, membre de plusieurs sociétés savantes, etc. Paris, Baillière, 1845.

Dans ce travail, qui n'est en quelque sorte que l'esquisse d'un ouvrage plus considérable, M. le docteur Turck cherche à établir que dans un très grand nombre de cas, sinon dans le plus grand nombre, la folie reconnaît pour cause une altération morbide des fonctions de la peau, et cède à l'usage de bains prolongés pendant quinze, vingt, trente heures, et même pendant plusieurs jours. Comme il est d'usage, il débute par une rapide exposition des théories qui se sont succédé depuis Hippocrate jusqu'à MM. Leuret et Michéa, et fait ressortir d'un mot le ridicule déjà reconnu des rêveries de l'antiquité et du moyen âge, non sans rendre justice en passant aux vues plus sérieuses, quoique erronées, de quelques médecins que l'étude des faits a mis en garde contre les écarts de leur imagination. Il combat ensuite avec convenance et gravité Boerhaave qui semble croire la folie indépendante de toute lésion physique; Piemme que ses idées singulières sur le racornissement des nerfs ont conduit à l'usage rationnel des bains prolongés, déjà recommandés par Tissot; MM. Voisin, Falret et tous ceux qui, comme eux, cherchent la cause de la folie dans les altérations organiques du cerveau ou de ses membranes; Broussais qui l'attribue à l'irritation de l'encéphale, irritation toujours accompagnée de celle des capillaires sanguins et lymphatiques de cet organe; Sprengel et les autres qui recherchent dans le système ganglionnaire la cause de l'aliénation mentale; et enfin M. Leuret qui a ressuscité la théorie de Boerhaave et les inductions que l'illustre médecin hollandais en avait lui-même tirées. L'auteur termine cet examen critique en citant le passage suivant de Joseph Franck : « Nous démontrerons que les manies naissent des mêmes conditions morbides qui donnent naissance aux autres maladies; si nous le prouvons, l'opinion absurde et aussi contraire à la religion qu'à la morale, qui fait naître les manies d'une condition morbide de l'âme elle-même, s'écroulera aussitôt. En effet, on comprendra que, dans les manies, les instruments dont l'âme se sert pour exercer son action sur le corps ont été seuls ébranlés. Cela posé, l'histoire des manies perdra les couleurs dont quelques modernes l'ont revêtue, et elle rentrera modestement dans la sphère des autres maladies, ce qui n'aura pas lieu sans un profit évident pour les malades. »

Sur le terrain ainsi déblayé, l'auteur pose les fondements de sa doctrine. Suivant lui, la folie reconnaît le plus souvent pour cause un dérangement des fonctions de la peau, qui réa-

gît sur le cerveau sans que celui-ci subisse nécessairement une lésion appréciable. Laissons-le parler lui-même, en supprimant toutefois les développements que ne saurait admettre l'espace étroit qui nous est accordé. La puissance d'innervation que décèle chez certains aliénés l'énergie soutenue des mouvements musculaires ne saurait avoir sa source dans l'encéphale, soit que, comme MM. Leuret et Michéa, on le suppose excité par une idée fausse, soit que, avec les anatomo-pathologistes, on le regarde comme le siége d'une altération organique. Les animaux les plus vigoureux ne sont pas ceux dont le cerveau est le plus développé ; plusieurs survivent à la décapitation et se meuvent encore pendant des heures, des jours et même des semaines... Les habitants des pays secs et chauds se distinguent par leur imagination, par leur vivacité, par la violence de leurs passions : on remarque tout le contraire chez les habitants du Nord. Cette différence tient principalement à l'action de l'air et de la lumière sur l'enveloppe cutanée. L'insolation, l'érysipèle provoquent le délire. « Tous ces faits ne prouvent-ils pas que, dans les actes de la pensée et dans les graves affections de l'intelligence, le cerveau ne joue qu'un rôle secondaire, qu'il accepte l'impulsion au lieu de la donner ? »

Cette réaction ne peut pas s'expliquer par l'intervention du système sanguin. Le délire est le résultat d'une action toute nerveuse. Quel rôle la peau joue-t-elle pour le reproduire?

M. Turck, de Nancy, a prouvé, dans ses travaux sur la goutte, que le tissu cellulaire, quand il n'est point lésé, est un corps isolant, chargé d'arrêter l'électricité qui se produit dans toute l'économie, surtout dans les organes sécréteurs, et de la forcer à suivre les conducteurs qui lui sont préparés, les filets nerveux. La graisse remplit une fonction analogue, et, ainsi que l'a établi M. Lacauchie, elle entoure partout, pour les isoler, les glandes et les fibres musculaires... « La peau est électrisée négati-» vement, et sa tension électrique est d'autant » plus grande que ses sécrétions sont plus » abondantes et plus acides. »

« Il est facile dès lors de comprendre comment la peau surexcitée occasionne le délire : sécrétant trop, elle produit trop d'électricité qui, par sa tension devenue morbide, exerce sur les manifestations du cerveau et sur les contractions musculaires une action d'autant plus puissante que l'équilibre des forces nerveuses se trouve détruit par la prédominance du système négatif de l'économie, système composé principalement de la peau, de la muqueuse gastro-intestinale et de l'appareil urinaire. »

« Dans l'état de santé, cet équilibre est facilement maintenu par la transpiration insensible surtout, qui enlève à la peau une grande partie de l'électricité qui s'y produit sans cesse, et par l'épiderme qui devient d'autant moins isolant que la transpiration le maintient plus humide. C'est pour cela que la folie est bien plus rare sous l'équateur que dans nos pays humides et froids. Dans ces derniers, l'atmosphère habituellement saturée d'eau dissout difficilement la transpiration, quand, surtout, elle n'est pas très active et que la peau a peu de chaleur. Alors l'épiderme plus sec, souvent plus épais et plus mauvais conducteur de l'électricité que de coutume, accumule cette dernière dans la peau au point de produire une tension morbide capable de développer encore le délire, la folie. Cette maladie peut donc reconnaître pour cause deux états opposés de la peau, mais amenant tous deux un résultat semblable, une tension électrique exagérée. »

Telle est, suivant M. le docteur Turck, la cause efficiente et immédiate de l'aliénation mentale; celle sans laquelle toutes les autres seraient impuissantes à la produire. Les passions même, qui toutes ont une influence très grande sur les fonctions de la peau, « n'agissent sur l'intelligence que par les effets physiques qu'elles produisent, *et pas autrement.* »

C'est donc la tension électrique de la peau qu'il faut s'attacher à combattre, soit indirectement en provoquant les sécrétions du foie, le principal antagoniste de la peau, soit directement par l'emploi des lotions acidules; mais ces deux méthodes peuvent donner lieu à de graves inconvénients, surtout si la chronicité de la folie exige qu'on les continue longtemps. Le bain tiède est d'une application plus générale et plus facile. « L'eau, étant un très bon conducteur de l'électricité, enlève à l'épiderme, en le mouillant, ces propriétés isolantes, et lui permet par conséquent de soustraire à la peau son électricité surabondante et de faire cesser ainsi tous les graves accidents de la folie ; mais comme l'homme est souvent exposé à avoir son épiderme mouillé par la sueur, par la pluie, par l'eau dans laquelle il nage, Dieu n'a pas voulu que cet épiderme pût enlever trop facilement l'électricité aux tissus qu'il recouvre. Aussi, les faisceaux de fibres qui constituent la peau ont-ils une organisation analogue à celle du tissu cellulaire, ce qui les rend mauvais conducteurs comme ce tissu. Il faut dès lors que l'action du bain tiède soit très prolongée afin d'arriver à soustraire par l'épiderme assez d'électricité à la peau pour ramener l'équilibre dans les forces nerveuses et pour faire cesser la folie. »

L'auteur établit par des exemples déjà connus, et que viennent confirmer les faits recueillis par lui-même, que les malades supportent très bien les bains prolongés, même pendant plusieurs jours, qu'ils peuvent y manger, y dormir, etc. Il cite une dame fort âgée qui avait passé les quarante dernières années de sa vie dans une baignoire d'où elle ne sortait guère que quatre heures par nuit. Les affusions tièdes ou froides lui paraissent un auxiliaire utile, surtout quand la chaleur de la tête et du visage annoncent que la tension électrique y est plus intense que dans les autres parties. Après le bain, quelques heures de sommeil, et, dans les folies chroniques, un exercice poussé jusqu'à la fatigue, en favorisant l'action de la

peau, développeront encore les effets salutaires de l'immersion prolongée dans l'eau tiède.

M. Turck, en terminant, rapporte vingt-six observations de manie, de monomanie, de démence aiguë, de *delirium tremens*, dans lesquelles on voit sa méthode couronnée de résultats aussi prompts qu'heureux.

Comme il n'y a rien à opposer aux faits, et que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer les analogues de ceux que mentionne l'auteur, nous ne pouvons ni combattre ses opinions, ni leur fournir un appui. Les aliénés sont malheureusement assez nombreux, et les asiles qui leur sont ouverts les réunissent en assez grandes masses sous les yeux de médecins habiles pour que l'on puisse raisonnablement espérer de savoir bientôt à quoi s'en tenir.

CHAMBEYRON, D. M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

I. *Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour* 1846; résumé des travaux pratiques les plus importants, publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1845; par le docteur A. WAHU, médecin de l'hôpital de perfectionnement; 1 vol. in-32 de plus de 300 pages; à Paris, chez Baillière. — L'auteur a essayé, dans ce petit volume, de faire pour la médecine et la chirurgie appliquées ce que M. Bouchardat fait, depuis quelques années, pour les formules et pour la toxicologie.

II. *De l'organisation de la médecine rurale en France*; par Alph. LOREAU, D. M. P., professeur suppléant à l'Ecole de Poitiers.—Opuscule de 24 pages in-8°; à Paris, chez Fortin, Masson et comp. — Le système proposé par l'auteur est basé sur ces deux principes : 1° répartir également les secours de la médecine; 2° niveler l'impôt médical en le mettant en rapport avec les positions et les fortunes au lieu de le subordonner à l'arbitraire ou aux distances à parcourir. Nous regrettons de ne pouvoir détailler ici les moyens que M. Loreau propose pour arriver à ce résultat, qui serait à l'avantage des classes laborieuses et des médecins eux-mêmes; il nous faudrait pour cela transcrire ici dans son entier le travail de l'auteur. Ce que nous regrettons surtout, c'est que M. Loreau, qui méditait depuis longtemps ce plan d'organisation de la médecine rurale, qui l'avait soumis à beaucoup de personnes éclairées et haut placées, entre autres au préfet de la Vienne, et qui avait été vivement encouragé par ce dernier surtout à formuler ses idées et à les présenter au ministre de l'intérieur, appuyées de la recommandation du chef de l'administration départementale; nous regrettons, disons-nous, que l'auteur n'ait pas cru devoir en faire part au Congrès médical; car les idées de M. Loreau, nous devons le dire, auraient eu le droit d'y être discutées, et eussent pu mener à un résultat plus important que tout ce qui a été voté en vue de l'amélioration matérielle et morale de la corporation des médecins. Voici en quelques mots le fond du système d'organisation de la médecine rurale proposé par M. Loreau. Etant donnée une circonscription rurale de 1,000 habitants, par exemple, ceux-ci seraient uniformément taxés suivant leur position sociale à 6, 4, 3 et 2 fr. par an. Un médecin recevant un traitement fixe de 1,600 fr. serait tenu de faire deux visites par semaine dans chacun des différents points de sa circonscription; là il trouverait un registre indiquant quels seraient les malades qui auraient besoin de ses soins, et qui auraient droit par-là à deux visites périodiques la semaine. Les autres visites, considérées comme extra-normales, seraient payées à part d'après un tarif spécial; l'auteur pense qu'elles seraient fort rares, grâce à l'établissement des visites périodiques. Les honoraires que le médecin en retirerait seraient en quelque sorte son casuel et viendraient se joindre au traitement fixe de 1,600 fr., évidemment insuffisant. Cette dernière partie du plan de l'auteur nous paraîtrait le plus sujet à faire naître des difficultés dans son application. Quoi qu'il en soit, le système de M. Loreau, qui ne s'applique du reste qu'aux médecins des campagnes, nous a paru fort ingénieux et mériterait d'être étudié. Mais nous doutons que le gouvernement veuille, actuellement du moins, se créer une occupation aussi sérieuse que serait celle de l'organisation d'un service médical analogue à celui du service religieux. Malgré cela, ces idées jetées en avant ne seront pas tout-à-fait perdues, n'eussent-elles pour résultat que de diriger tous les esprits dans ce sens et de les préparer petit à petit à l'introduction de ces heureuses modifications pour un avenir plus ou moins éloigné.

III. *Della pellagra* (de la pellagre), mémoire lu par le docteur Antonio TRIBERTI, médecin en chef du grand hôpital de Milan, dans la réunion mensuelle de la Société médico-chirurgicale, le 14 juin 1845; opuscule de 31 pages in-8°; à Milan, chez Giuseppe Chiusi (contrada di S. Vittore e 40 Martiri). — Le docteur Triberti s'occupe activement depuis plus de quinze ans de la grande question de l'étiologie de la pellagre. Son opinion, qu'il appuie dans son mémoire sur de puissants arguments, est que la pellagre est une affection uniquement due à l'usage de la farine de maïs altéré et ayant subi la fermentation acide. M. Triberti ne pense pas, du reste, que le maïs soit par lui-même une mauvaise alimentation ni qu'il soit la cause essentielle de la pellagre; c'est que l'huile de la farine devient souvent rance et ne fait alors que de mauvaise polenta, ou bien parce que la fermentation artificielle que l'on provoque dans la panification de cette céréale n'est pas suffisamment détruite par la cuisson. Cette opinion a d'ailleurs tant de poids auprès des autorités locales, qu'elles ont fait imprimer un mémoire de l'auteur sur ce point d'hygiène pour le mettre entre les mains des curés, des médecins et des grands propriétaires de la Brianza. Cette espèce d'avis au peuple des campagnes paraît avoir déjà produit de bons

résultats ; car un assez bon nombre de ces derniers commencent à changer la forme de leur pain de maïs et à le faire cuire de manière à détruire tout-à-fait la fermentation acide que le levain y a développée. La polenta doit être également bien cuite et préparée avec de la farine qui n'ait pas déjà subi cette fermentation.

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Nouvelles recherches sur la méningite tuberculeuse chez les enfants; par le docteur RILLIET (de Genève), ex-médecin interne de l'hôpital des Enfants malades, lauréat des hôpitaux et de l'Institut, etc.—On sait que l'auteur a publié, il y a quelques années, conjointement avec M. Barthez, un livre remarquable sur les maladies des enfants. Depuis la publication de ce dernier ouvrage, M. Rilliet, qui exerce la médecine à Genève, a continué ses investigations sur la méningite tuberculeuse des enfants, et particulièrement sur le diagnostic de cette affection qui est souvent d'une très grande difficulté. Le mémoire qu'il donne aujourd'hui est donc une sorte de supplément à celui que l'on trouve dans son livre. Ne pouvant suivre l'auteur dans son argumentation, nous nous bornerons à donner les conclusions qui suffiront pour mettre les praticiens sur la voie du mode d'invasion de la maladie.

1° La méningite tuberculeuse régulière peut débuter dans trois circonstances différentes : *a.* dans le cours d'une santé en apparence parfaite ; *b.* au milieu d'une phthisie confirmée; *c.* à la suite de symptômes précurseurs plus ou moins prolongés; ce dernier cas est le plus fréquent ; 2° les symptomes précurseurs ont été décrits par bon nombre d'auteurs sous le nom de prodromes ; mais aucun d'eux n'a connu leur véritable cause, car on les a rapportés tantôt aux épanchements, tantôt à une congestion, tantôt à une méningite chronique; 3° les prodromes offrent symptomatiquement la plus grande analogie avec la tuberculisation commençante; 4° ils sont caractérisés anatomiquement par un dépôt de granulations ou de tubercules miliaires dans un ou plusieurs organes; 5° le nombre et la nature des tubercules sont en rapport avec la longueur des prodromes ; 6° la durée des prodromes est en rapport inverse de la durée de la méningite, qui est d'autant plus courte que les prodromes ont été plus prolongés ; 7° les prodromes peuvent être confondus : *a.* avec les accidents qui succèdent à la masturbation, accompagnent la croissance ou l'évolution des dents ; *b.* avec les symptômes précurseurs de l'affection typhoïde ; *c.* avec une maladie vermineuse; 8° aux prodromes ne succède pas constamment la période aiguë de la méningite ; ils peuvent : *a.* être enrayés par un traitement approprié ; *b.* se convertir en phthisie confirmée ; 9° le traitement le plus convenable des prodromes découle des conclusions précédentes ; c'est celui de la tuberculisation.

On voit, d'après cela, que la variété de méningite dont il est question ici n'est, en réalité, qu'une des phases terminales de l'affection tuberculeuse. Car, étant donnés les prodromes ou symptômes précurseurs que l'auteur mentionne dans ces conclusions, nul, à moins de symptômes cérébraux particuliers, ne pourra dire si l'affection tuberculeuse éclatera du côté des méninges plutôt que du côté du poumon ou ailleurs.

M. Rilliet donne sous forme de consultation le traitement qu'il a fait suivre à quelques jeunes malades qui lui paraissaient entrés dans la période des prodromes de la méningite, ou, en d'autres termes, qui paraissaient atteints d'une tuberculisation générale commençante. Ce traitement, ajoute-t-il, a réussi et l'avenir seul pourra dire si le succès a été temporaire ou définitif.

Voici, en peu de mots, en quoi il a consisté : alimentation tonique, animale, vin de Bordeaux coupé d'eau pour boisson ; bon air, exercices gymnastiques ; éloignement complet de tout travail intellectuel ; le matin, à jeun, une cuillerée à dessert, et plus tard une cuillerée à soupe d'huile de foie de morue; immédiatement avant chaque repas trois pastilles de lactate de fer ; tous les deux jours bain à 27° R. avec addition d'une forte décoction de feuilles de noyer et d'un à deux kilogrammes de sel marin ; le séjour au bain sera d'une demi-heure à une heure, et les bains seront continués pendant trois semaines au moins.

Sous l'influence de cette médication, l'amaigrissement s'est arrêté, l'appétit est revenu, la coloration du visage a reparu, les enfants ont repris de l'entrain et de la gaîté. Si les symptômes n'avaient pas cédé, l'auteur aurait joint au traitement précédent l'application d'un ou deux cautères au bras, comme moyen révulsif. (N^os *du* 3 *et du* 10 *janv.* 1845.)

Qu'est-ce que la médecine étiologique? Telle est la question que la *Gazette médicale* se fait à elle-même et dont elle se propose de donner la solution, non pas dans une série d'articles seulement, mais dans une direction nouvelle donnée à ses travaux, à ses recherches.

Nous avons entendu un des pathologistes les plus distingués de l'école de Paris, médecin d'hôpital et membre de l'Institut, déclarer maintes et maintes fois, en faisant sa visite, que l'étiologie était la partie la plus faible de nos connaissances en médecine.

Il ne paraît pas, toutefois, que la *Gazette médicale* entende l'étiologie ou l'étude des causes comme on l'a entendue jusqu'à ce jour; car elle n'aurait pas inventé cet accouplement de deux mots qui ne s'étaient pas encore rencontrés depuis tant de siècles que l'on écrit, la *médecine étiologique*, expression qui semble

annoncer toute une révolution dans la science. Et, en effet, dit l'auteur de l'article, si l'on s'en tenait au sens étymologique et grammatical, la médecine étiologique serait celle qui s'occupe des causes des maladies; mais, chez les anciens comme chez les modernes, on n'a jamais négligé l'étude des causes, et les systèmes les plus absolus sont précisément ceux qui ont fait à l'étiologie la part la plus grande; or, ce n'est ni un système ni une hypothèse que l'auteur veut imaginer ou ressusciter. De peur de dénaturer ses idées en voulant analyser, nous allons reproduire ici ses expressions.

« La médecine étiologique que la GAZETTE MÉDICALE va chercher à faire prévaloir est la médecine des *causes réelles* expérimentales, c'est-à-dire des causes qui, matériellement constatées, soit comme agents extérieurs répandus dans l'espace, soit comme *substances* hétérogènes introduites ou développées dans l'économie, soit comme *propriétés* ou *forces* primitivement altérées de l'organisme, y réalisent des maladies qu'elles tiennent sous leur dépendance. Il ne s'agit donc ni des humeurs peccantes, ni des troubles de la force vitale, ni de l'irritation des viscères, ni de l'inflammation des organes, dans la réalisation ou l'accomplissement desquels on a appelé toute la séquelle des causes extérieures, intérieures, physiques ou morales, connues depuis l'origine de la médecine; il n'est question très explicitement, pour nous, que des causes déterminées, agissant une à une et produisant chacune pour son compte, et suivant sa nature propre, dans la sphère particulière de son action, une maladie déterminée, corrélative à ce mode d'action; ou bien une maladie complexe et composée, représentant, par la complexité de ses effets et la composition de ses éléments, la multiplicité des éléments étiologiques qui lui ont donné naissance. »

L'auteur applique cette définition à trois exemples bien connus. Disons d'abord qu'il admet des causes extérieures ou *mécaniques* agissant sur l'organisme en l'impressionnant, des causes *substances* ou chimiques, introduites ou engendrées dans l'économie, et des causes dynamiques, forces ou propriétés réelles de l'organisme pathologiquement altérées. Voici maintenant les trois exemples se rapportant aux trois ordres de causes précitées : 1° la *réfrigération*; 2° l'*intoxication saturnine*; 3° la *rétraction musculaire*; cette dernière consistant en une altération dynamique du muscle. Ces trois ordres de faits sont trop connus pour être contestés. Or, dit l'auteur, quelle que soit l'idée théorique qu'on se forme de leur essence, de leur manière d'agir, il n'est pas moins certain qu'il y a dans les trois cas un fait primordial, ou cause expérimentale incontestable et vraie pour toutes les doctrines, et des effets physiquement observables. Nous ne supposons pas, ajoute-t-il, qu'il y ait quelque chose de plus simple et de plus clair jusqu'ici que l'étiologie pathologique ramenée à cette circonscription et bornée à ces trois exemples. Tel est, suivant lui, le cas général de la pathologie, c'est-à-dire que toutes les maladies ne sont que des produits de ces trois ordres de causes, ou *facteurs*, non de l'action du froid, non de la présence du plomb dans le corps ou de la rétraction musculaire, mais de l'impression mécanique d'agents extérieurs de toute sorte, de la présence de substances hétérogènes de toute espèce, et de lésions dynamiques et réelles des diverses forces et propriétés de nos organes et de nos tissus.

(*31 janvier.*)

Du débridement du col de l'utérus dans les cas où l'état de contraction de cet organe devient un obstacle à l'accouchement; par M. le docteur Édouard LABORIE, ancien chef de clinique de la Faculté.—Ce mémoire est fondé sur trois observations prises à la clinique d'accouchements. L'incision et le débridement du col utérin ont été souvent employés avec succès par plusieurs accoucheurs distingués. Il semble même, comme le fait observer l'auteur, que la nature nous mette sur la voie du traitement chirurgical, puisque, dans la plupart des accouchements normaux, il se fait sur les deux parties latérales du col deux petites déchirures dont les traces persistent ensuite. M. P. Dubois a débridé le col dans un grand nombre de cas, toujours avec succès et sans aucun accident, excepté dans un seul cas où il y a eu une hémorrhagie inquiétante, mais sans suites graves. Toutefois, avant d'en venir à cette operation, on devra avoir recours, suivant l'occurrence, aux saignées, aux bains, aux narcotiques, aux antispasmodiques, etc. (1).

Le débridement peut se faire indifféremment avec des ciseaux ou un bistouri boutonné. On peut le faire en plusieurs fois lorsque les premières incisions ne suffisent pas.

Il existe deux contre-indications formelles à cette opération. L'une est l'épaisseur du col utérin. Si ce dernier n'est pas aminci, l'incision est faite en pure perte et expose à une hémorrhagie ou même à des déchirures mortelles. La seconde contre-indication est le voisinage de l'insertion placentaire qui peut se faire près du col utérin. (*Ibid.*)

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE.

Obésité, bains alcalins.—Un médecin allemand, M. Albert, s'est assuré de l'efficacité des bains alcalins répétés une quinzaine de fois, pour diminuer la graisse abdominale chez les personnes obèses. Deux à trois litres de potasse dans chaque bain ordinaire suffisent pour remplir cette condition. Il y a déjà longtemps que M. le docteur Ch. Petit a publié des résultats

---

(1) A ces moyens on pourrait ajouter le tartre stibié qui a réussi dans plusieurs circonstances. Voy. Ve année, 2e sem., p. 170.

de ce genre par l'usage, *intùs et extrà*, des eaux minérales de Vichy. (*Janvier* 1846.)

Empoisonnement par la strychnine. Cet article est extrait d'un journal anglais que nous ne citerons pas, non plus que le nom de l'auteur, le traducteur l'ayant fait suivre de commentaires peu agréables pour ce dernier.

Obs. — Une jeune fille de treize ans, reçue dans l'infirmerie d'une ville d'Angleterre pour y être traitée d'un eczéma de la tête, et déjà presque guérie, avala tout à la fois, par manière d'amusement, trois pilules de strychnine, d'un quart de grain chacune, qui avaient été ordonnées à une femme paralytique pour lui servir pendant trois jours. Vingt minutes après, elle accusa une sensation étrange dans la tête, et fut immédiatement prise de convulsions. L'élève de garde, appelé aussitôt, la trouva dans l'état suivant : bras étendus et rigides ; tous les muscles du corps sont contractés ; opisthotonos considérable ; pouls à peine perceptible à cause de la rigidité musculaire ; les pulsations du cœur sont fortes néanmoins ; face animée et lèvres livides ; respiration rapide et difficile ; larynx libre ; spasmes au diaphragme ; convulsions générales se succédant après de légers intervalles ; physionomie effrayée ; intelligence intacte. L'élève, ignorant la cause des convulsions, extrait de suite six onces de sang par l'artériotomie, applique des lotions froides à la tête et des sinapismes aux extrémités. Au bout de dix minutes, la paralytique, s'apercevant de la disparition de ses pilules, songe que la petite fille a bien pu les avaler, comme elle se faisait un plaisir de voler les prescriptions aux malades ; elle déclare donc le fait. L'élève se hâte alors d'administrer un scrupule de sulfate de zinc, et de faire avaler de grandes quantités d'eau tiède Ce n'est, néanmoins, qu'après un quart d'heure qu'on parvient à provoquer quelques vomissements peu abondants. Pendant ce temps-là les contractions spasmodiques et la rigidité musculaire augmentent de violence, puis cessent tout-à-coup. Les fonctions de la vie organique commencent en même temps à s'éteindre : les battements du cœur ne sont plus sentis ; la respiration s'arrête ; la face devient graduellement pâle de haut en bas. Le décubitus paraît ranimer quelques instants la malade, et les fonctions expirantes semblent renaître, mais un moment seulement. On essaie en vain l'application de la pompe gastrique, la respiration artificielle et le galvanisme sur les nerfs phréniques. La malade meurt un peu plus d'une heure après l'ingestion du poison, trois quarts d'heure après la manifestation de ses effets.

A l'autopsie, on trouve l'abdomen tympanisé ; beaucoup de taches livides sur les parties déclives ; rigidité cadavérique modérée. Les téguments de la partie chevelue de la tête saignent abondamment à mesure qu'on les incise. L'arachnoïde et le plexus choroïdien sont congestionnés ; la moelle épinière et les enveloppes sont saines. Poumons gorgés de sang veineux : muscles du cœur raides (*stiff*) ; ventricule droit aplati, vide et mince ; le gauche est également affaissé et vide ; oreillettes dans le même état.

Aux yeux du rédacteur des Annales de thérapeutique, qui fait de son journal le représentant de la doctrine italienne en France, ainsi que nous l'avons déjà dit, à ses yeux la mort de l'enfant tient au traitement *irrationnel*, *désastreux*, qu'on a suivi, conformément à ce qu'il appelle les principes des toxicologues de laboratoire qui n'ont jamais exercé la médecine pratique. Il est extrêmement douteux, ajoute-t-il, que trois quarts de grain de strychnine puissent suffire à tuer en une heure un enfant treize ans ; mais une évacuation de 180 grammes de sang artériel, pratiquée aussitôt après l'ingestion du poison, et l'administration consécutive d'un scrupule de sel zincique (autre poison d'action analogue à celle de la strychnine), étaient, selon lui, plus que suffisantes pour porter un coup fatal à la force organique. Dans sa conviction même, il y aurait peut-être eu moins de danger pour la malade à avaler trois autres pilules pareilles aux premières, et à être convenablement traitée, qu'à subir le traitement qui lui a été fait. Les symptômes étaient ceux d'une intoxication hyposthénisante. Ignore-t-on d'ailleurs qu'il existe des convulsions asthéniques ? Dans le système italien, la strychnine est un hyposthénisant spinal dont les effets se combattent heureusement par les alcooliques, ainsi que l'ont prouvé des faits pratiques incontestables. C'était donc de l'alcool pur qu'il fallait administrer à cette malade. (*Ibid.*)

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Traitement raisonné du diabète par les substances alcalines. — Les explications théoriques qui servent de base au traitement proposé par M. Mialhe pour combattre la diabète sucré ont été exposées ainsi qu'il suit par M. le docteur Martin-Magron, dans les cours particuliers que ce professeur fait à l'Ecole pratique.

Le sucre de raisin ne réagit en aucune façon sur les sels de cuivre lorsqu'il est pur, mais lorsqu'il a été préalablement traité par un alcali, il devient corps combustible et, en cette qualité, il décompose l'oxyde de cuivre, s'empare de l'oxygène, et met le cuivre à nu. Mais l'alcali n'est pour rien dans cette réaction ; car si, après avoir mis du sucre de raisin en contact avec de la potasse, on sature cette potasse, le sucre n'en conservera pas moins sa propriété acquise de corps combustible et réagira sur l'oxyde de cuivre comme on vient de voir à l'instant.

On sait, d'autre part, que, dans l'économie, les fécules sont promptement transformées en sucre de raisin, lequel, par ses oxygénations successives, doit se transformer en acide car-

bonique et devenir ainsi un des produits expulsés dans l'acte respiratoire. Or, M. Mialhe s'est demandé si dans le diabète sucré la sécrétion du sucre en nature ne serait pas due à ce que l'économie ne contiendrait pas une quantité d'alcali suffisante pour transformer en matière combustible le sucre provenant de la fécule prise dans les aliments. Eh bien ! la pratique est venue justifier cette hypothèse, et l'administration des préparations alcalines chez les diabétiques a donné les résultats les plus confirmatifs à cet égard.

M. Mialhe est allé plus loin. Il a trouvé que c'était la salive qui contenait et le ferment qui transforme l'amidon en sucre, et l'alcali qui rend le sucre matière oxydable. Quand on prend en effet de la salive et qu'on la traite par de l'alcool pur, il se précipite une matière blanche, pulvérulente, qui, desséchée sous la machine pneumatique, jouit de la propriété de transformer immédiatement une quantité considérable de fécule en sucre de raisin.

Il est évident, dès lors, que l'ancien traitement de MM. Bouchardat et Sandras n'était qu'un traitement palliatif. En enlevant aux malades les matières amylacées, on leur enlevait un aliment nécessaire, indispensable. Ces médecins croyaient peut-être que les graisses ne sont absorbées qu'après avoir été préalablement saponifiées par un alcali, alcali que M. Mialhe suppose être en quantité insuffisante chez le diabétique.

Le taitement de M. Mialhe est au contraire curatif et rationnel. Il n'enlève aucun aliment indispensable, et, en donnant de l'amidon aux malades, il les remet dans les conditions où ils se trouvaient dans l'état de santé.

La nutrition des végétaux est venue d'ailleurs donner une sanction nouvelle à la méthode de M. Mialhe. En effet, si l'on trouve dans la nature des fruits sucrés, c'est que ces fruits sont naturellement diabétiques. Ils peuvent transformer l'amidon en sucre et manquer de l'alcali nécessaire pour rendre ce sucre combustible. Cela est si vrai, qu'il a suffi à M. Mialhe d'arroser divers arbres avec des liqueurs alcalines pour que les fruits de ces arbres aient peu à peu perdu la saveur sucrée qui leur était naturelle. (*Janvier* 1846.)

GAZETTE MÉDICO-CHIRURGICALE.

De l'application du galvanisme au traitement du lumbago, de l'entorse et de quelques autres affections douloureuses des muscles et des articulations; par M. RACIBORSKI, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.—L'auteur, après d'assez nombreuses expérimentations cliniques, a acquis la conviction que le galvanisme guérit souvent très promptement, et pour ainsi dire instantanément, certaines affections, d'ordinaire très douloureuses et rebelles, et il se croit même autorisé à conclure que le lumbago doit rarement résister à ce moyen thérapeutique. Les cas réfractaires constitueraient, pour la plupart, selon lui, des exemples de lumbago invétéré. Cependant, dans un cas de rhumatisme articulaire du dos, datant déjà de plusieurs années, M. Raciborski a obtenu une très grande amélioration après avoir administré des commotions galvaniques aux muscles douloureux, à tel point que, le premier jour, le malade se croyait déjà guéri, ce qui fût peut-être arrivé si l'on eût continué plus longtemps l'application du même moyen. Voici, du reste, le résumé des faits particuliers rapportés par l'auteur.

Obs. 1.—Douleurs lombaires très vives, par cause traumatique, datant de la veille; trois aiguilles sont implantées dans la région douloureuse et mises en contact avec les conducteurs d'une pile ordinaire à auges. Après la cinquième ou la sixième commotion, le malade ne ressentait plus la moindre gêne dans le dos.

Obs. 2. — Lumbago de cause inconnue, datant déjà de deux ou trois mois, chez un charbonnier, et l'empêchant d'exercer sa profession. Sangsues et bains en grand nombre, employés inutilement. Quatre commotions galvaniques; la douleur cause une syncope à la dernière; mais le malade est instantanément et pour toujours débarrassé de son lumbao.

Obs. 3. — Lumbago atroce chez une femme de quarante-deux ans, cuisinière; séjour au lit depuis un mois. Souffrances et cris continuels. Inutilité du traitement ordinaire, dirigé par un habile médecin. Au bout de quatre commotions, passablement douloureuses, la malade peut déjà marcher dans sa chambre, soutenue par un aide. Quatre nouvelles secousses la mettent en état de marcher sans aide et sans bâton. Le lendemain, elle reprend ses occupations. Trois mois après, la guérison ne s'était pas démentie.

Obs. 4. — Douleur occupant la région lombo-sacrée, chez une jeune fille de dix-neuf ans. Inutilité des sangsues et des ventouses scarifiées, des cataplasmes laudanisés, des purgatifs salins, des sudorifiques; à peine un peu de soulagement obtenu par un emplâtre cantharidé. La malade, très impressionable, ne peut supporter que trois commotions, qui lui permettent déjà de marcher étant soutenue. Quatre ou cinq nouvelles commotions lui permettent de marcher seule, quoique traînant la jambe. Cette jeune fille, n'ayant plus voulu souffrir la galvanopuncture, a complété ensuite sa guérison par des bains de vapeur qu'elle allait prendre à pied.

Obs. 5. — Douleur dans le genou gauche avec impossibilité de se servir du membre correspondant, datant de quinze jours, chez une polisseuse de marbre. Pas de fièvre, de rougeur locale, ni de gonflement; peu de douleur à la pression. Sangsues, cataplasmes, vésicatoires, inutiles, ainsi que des bains de tripes continués pendant vingt jours. L'emploi de ces divers moyens avait occupé l'intervalle compris entre le 11 mars 1841 et le 19 mai suivant. Ce jour-là, trois aiguilles sont implantées, une sur le

point douloureux, au niveau de la tubérosité interne du tibia, l'autre dans le mollet, et une troisième à la partie postérieure et interne de la cuisse. Soulagement remarquable après cinq ou six commotions; retour de quelques mouvements; mais la malade ne peut encore monter un escalier. Le 21, nouvelle application : facilité plus grande des mouvements. Le 25, troisième application du galvanisme : guérison complète.

Ces cas ne sont pas les seuls où la galvanopuncture ait produit de si heureux résultats. M. Raciborski termine en signalant encore les admirables effets produits par ce moyen dans le traitement des entorses en général. L'élément douloureux, celui qui persiste le plus longtemps, est à l'instant même enlevé par le galvanisme, dans l'entorse, comme dans le lumbago. (*Numéro du* 10 *janvier* 1846.)

Sur l'hématocèle spontanée; par le professeur A. Bérard, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. — Le titre de cet article va à l'encontre de l'opinion de Boyer qui professe que l'hématocèle n'est jamais spontanée, en d'autres mots, qu'elle est toujours traumatique. Les deux observations rapportées par l'auteur prouvent mieux que tous les raisonnements la possibilité de cette affection, ou du moins la difficulté de la rattacher constamment à une cause traumatique.

L'hématocèle spontanée peut, comme la traumatique, être *extra-vaginale* ou *intra-vaginale*. Dans les deux cas, la quantité de sang épanché est quelquefois assez considérable pour que la résorption tarde à s'effectuer. Une portion de ce sang se coagule, l'autre reste liquide; cette dernière ne se résorbe pas plus vite que l'autre. La tumeur peut aussi acquérir un volume et un aspect tels qu'il ne soit pas aisé de la distinguer des tumeurs cancéreuses du testicule. Les cas néanmoins sont rares.

M. Gosselin a recueilli l'observation suivante d'*hématocèle spontanée extra-vaginale* dans le service de M. Blandin :

Obs. 1. — Un jeune homme de quinze ans s'aperçoit depuis dix jours d'un gonflement douloureux dans les bourses, sans changement de couleur à la peau. Le gonflement augmente rapidement, puis reste stationnaire. Les courses à cheval augmentent les douleurs. Le malade affirme qu'il n'a jamais eu le scrotum froissé pendant ses courses. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, la tumeur, du volume d'un gros œuf de dinde, est située à gauche : elle est molle, fluctuante; le testicule, situé à la partie supérieure et interne du scrotum, est parfaitement distinct de la tumeur; il a son volume normal et peut se déplacer de haut en bas et de bas en haut. Pas de transparence. Une ponction exploratrice donne issue à un demi-verre de sang très liquide. Mais, le gonflement persistant encore et offrant une dureté plus considérable, M. Blandin fit, à la partie antérieure du scrotum, une incision de 5 centimètres environ, qui donna issue à des caillots sanguins assez mous et colorés en rouge. On s'assura alors que la collection n'était point dans la tunique vaginale, le testicule n'étant point dans la poche actuellement ouverte. — Pansement simple. Au bout de quinze jours la plaie est cicatrisée et le malade sort guéri.

Voici maintenant une observation d'*hématocèle spontanée intra-vaginale* qui a été recueillie dans le service de M. Bérard :

Obs. . — Un homme de vingt-cinq ans se présente l'année dernière à la Pitié pour un gonflement des bourses, datant de plus d'un an et ayant acquis graduellement le volume du poing. Aucune cause traumatique appréciable. Douleurs d'abord très médiocres; plus tard, tiraillement dans l'aine et dans les reins, puis élancements dans la tumeur. Celle-ci est oblongue, à grand diamètre vertical, à enveloppes amincies et vascularisées. Pas de transparence. Le poids est celui d'une tumeur solide; on y perçoit, en la touchant, la sensation d'un corps solide, à surface généralement lisse, quoiqu'un peu irrégulière. Cette tumeur n'est pas manifestement fluctuante; dans les points où la mollesse est plus prononcée, on croit sentir un tissu ramolli et rénitent, comme l'est l'encéphaloïde à un certain degré d'évolution. Sa surface n'est pas bosselée et irrégulière comme celle d'un squirrhe; elle ne présente pas non plus les saillies mamelonnées du testicule tuberculeux. Le testicule est manifestement confondu dans la tumeur. Pas d'engorgement ganglionnaire; bon état général.

Une ponction exploratrice ne produisit rien. M. Bérard pensa alors qu'il avait affaire à un sarcocèle, et il procéda à l'opération. Mais il s'aperçut de son erreur à l'ouverture de la tunique vaginale. Celle-ci contenait une grande quantité de caillots solides, à couches concentriques dans quelques points; le testicule était comme coiffé par l'épanchement sanguin; il avait conservé, d'ailleurs, son état normal; deux onces environ de sang liquide. — Le malade sortit guéri un mois après l'opération. (17 *janvier*.)

De l'azotate de potasse employé comme antipériodique contre les fièvres intermittentes; par M. Briquet, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'hôpital Cochin. — Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a préconisé le nitre contre les fièvres intermittentes, ainsi que M. Briquet nous en avertit lui-même. Joseph Franck, en parlant du traitement de ces fièvres, dit qu'on augmente l'action fébrifuge du quinquina en lui associant le nitre dans la proportion d'un trentième. Tertual prétend, d'après Giacomini, avoir triomphé, à l'aide de cette association, de fièvres intermittentes qui n'avaient point cédé au quinquina seul. Enfin, MM. Mérat et Delens rapportent qu'en Russie les Cosaques arrêtent les accès de la fièvre intermittente avec la poudre à canon, mélange dans lequel il est probable que le nitrate de

potasse joue le principal rôle. Voilà tous les renseignements fournis jusqu'à ce jour sur ce sujet.

M. Briquet vient d'expérimenter le nitre dans six cas consécutifs qu'il rapporte dans son mémoire. La fièvre intermittente s'est montrée réfractaire dans un cas de récidive, et il a fallu en venir au quinquina. Mais dans les cinq autres les accès se sont trouvés arrêtés et la fièvre coupée. Chez tous les cinq malades, l'accès fébrile a diminué d'intensité après la première dose du médicament; et l'auteur a bien soin de faire remarquer que chez tous il y avait eu déjà plusieurs accès, et qu'on avait pris soin de tenir ces malades, aussitôt leur arrivée à l'hôpital, au repos absolu et à un régime sévère pendant plusieurs jours, afin de les mettre à l'abri des changements qui eussent pu survenir par le fait des nouvelles conditions dans lesquelles ces sujets se trouvaient placés.

M. Briquet pense donc que le nitre a des propriétés fébrifuges incontestables, mais à un degré peu éminent et fort au-dessous de celui du quinquina; car, des cinq fièvres qui ont été arrêtées, deux étaient des fièvres quotidiennes, les plus faciles de toutes à couper; une troisième, qui était tierce et dans les conditions des fièvres ordinaires, n'a été arrêtée qu'au troisième accès; une quatrième a offert une récidive qui a résisté au sel de nitre porté à haute dose; il ne reste qu'une tierce simple qui ait été coupée brusquement et sans retour, et encore, dans ce cas, est-il arrivé une angine tonsillaire qui a pu être pour quelque chose dans la suppression des accès. Sur ces quatre fébricitants guéris par le nitre, trois avaient une tuméfaction splénique peu ancienne qui a persisté malgré la suppression des accès, évidemment plus longtemps que si l'on eût employé le sulfate de quinine.

Le nitrate de potasse, d'après ces faits, ne peut donc guère être employé que comme un moyen économique, dans les cas de fièvre intermittente simple.

Ce sel a été donné à l'hôpital Cochin, soit en poudre dans du pain azyme, soit dissous dans un julep gommeux de 120 grammes, dans les six heures qui suivaient la fin d'un accès. La dose a été de 4, 6, 8 grammes par jour. Il est mieux supporté par l'estomac en solution étendue qu'en solution concentrée ou en prise sèche. (24 *janvier*.)

JOURNAL DE MÉDECINE.

Examen des opinions émises sur l'antagonisme de la phthisie pulmonaire et des fièvres intermittentes; extrait d'un ouvrage sous presse, sur les maladies chroniques de la poitrine; par M. BRICHETEAU, médecin à l'hôpital Necker, etc. — Après s'être livré à un examen approfondi et motivé de tous les travaux qui ont été publiés sur ce point dans ces dernières années, travaux dont les résultats si contradictoires jettent les esprits dans l'incertitude, M. Bricheteau conclut de la manière suivante: « Si on ne trouve pas, quant à l'étiologie, incompatibilité entre la phthisie et les fièvres intermittentes, on ne peut méconnaître qu'il y ait, soit dans le climat des contrées marécageuses, soit dans les influences paludéennes, quelques conditions favorables aux tuberculeux; or, la connaissance de ces conditions est due aux auteurs des travaux que nous venons d'examiner. Au lieu d'invoquer je ne sais quelles tendances opposées, ne serait-il pas possible de se rendre raison de cette espèce de prophylaxie par la chaleur uniforme qui règne dans plusieurs contrées marécageuses, chaleur humide, qui, en favorisant le développement de la fièvre, s'oppose à la tuberculisation des poumons? Cela ne nous est-il pas, jusqu'à un certain point, démontré par ce qui se passe à Strasbourg, dont le climat froid et humide est à la fois ravagé par la phthisie et les fièvres intermittentes, tandis que les localités plus méridionales du département de l'Ain, de la Nièvre, de la Charente-Inférieure, du Var, etc., décimées par les fièvres intermittentes, ne comptent qu'un petit nombre de phthisiques! Nous ajouterons en outre qu'on ne peut contester aux fièvres intermittentes de tous les pays de préserver d'autres affections. Les Hollandais, qui ne semblaient pas ignorer cette particularité, avaient coutume de se féliciter sur le retour de leur fièvre, au dire de Boerhaave. Le même Boerhaave, avec lui Hoffmann, Lancisi, Sydenham, pensaient que les fièvres intermittentes nous délivraient de plusieurs maladies et disposaient même à la longévité : *Febres intermittentes, nisi malignæ, ad longevitatem disponunt et depurant ab inveteratis malis*. Plusieurs des auteurs cités dans le courant de cet examen pensent même que la fièvre typhoïde se montre rarement dans les pays ravagés par les fièvres endémiques. »

(*Janvier* 1846.)

JOURNAL DE CHIRURGIE.

Vues nouvelles sur l'emploi du sublimé corrosif, employé en bains dans le traitement de la syphilis; par le docteur FABRÉGE, ancien interne des hôpitaux de Montpellier. — Le deuto-chlorure de mercure, employé en bains, à la dose de 8 à 60 grammes, a été fortement préconisé il y a quelques années, puis il est tombé dans un oubli que l'auteur croit immérité. Sous cette forme, le sublimé a l'avantage d'agir d'une manière très énergique, sans exposer aux inconvénients de la salivation et de la fièvre hydrargyrique. M. Fabrége fonde cette assertion sur des faits très nombreux, suivis et notés avec soin au dépôt de police de Montpellier; il a même souvent reconnu aux bains de sublimé une véritable action sthénique. Deux observations qu'il cite mettent, en effet, cette propriété hors de doute. (*Janvier* 1846.)

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Remarques sur le diagnostic de la chlorose;

états morbides simulant cette affection; par M. GINTRAC, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Bordeaux. — Souvent il y a avec la chlorose coïncidence ou complication d'une irritation gastro-intestinale; mais il est des cas aussi où la chlorose n'est qu'apparente, et où l'état phlegmasique des voies digestives est l'unique cause des phénomènes observés. Telle est la double thèse soutenue par M. Gintrac, et appuyée, non pas seulement sur des raisonnements, mais sur des faits. Nous pensons aussi que cette thèse est vraie, car nous avons vu aussi, dans les hôpitaux de Paris, des cas où la chlorose ne cédait pas aux ferrugineux, et c'était, en effet, des cas où il y avait des troubles du côté des organes digestifs. Voici à quels caractères on reconnaît l'association d'une irritation de ces organes digestifs avec la chlorose:

Il y a une pâleur des téguments; mais le blanc de la peau est plus mat; la faiblesse et les palpitations de cœur ont lieu, mais à un degré moins intense; les bruits de souffle ne sont pas constants. Si l'on palpe l'abdomen, on y découvre une sensibilité vive; les fonctions digestives sont profondément altérées; il y a inappétence ou dépravation du goût, nausées, éructations, constipation ou diarrhée, parfois quelques phénomènes hystériques. La langue offre quelquefois une rougeur partielle, soit de la pointe, soit du milieu. Il y a presque constamment aménorrhée.

Si les douleurs épigastriques sont vives et constantes, augmentées par l'ingestion des aliments et des stimulants médicamenteux, exaspérées par la pression, accompagnées de nausées, d'éructations, de troubles des digestions, il faut se défier d'une irritation phlegmasique.

M. Gintrac rapporte plusieurs observations où, se fondant sur ces principes, il a fait un traitement antiphlogistique local qui a enlevé les symptômes d'irritation. Il n'a plus même été besoin de recourir aux ferrugineux pour compléter la guérison, et l'on peut supposer que dans ce cas il y avait autre chose qu'une simple chlorose. Le moyen qui lui a le mieux réussi pour faire disparaître les douleurs abdominales sont les ventouses scarifiées, répétées en très petite quantité à la fois, mais avec insistance. Lorsque l'état phlegmasique est détruit, s'il reste de l'excitation nerveuse, c'est le cas d'employer le sous-nitrate de bismuth. (*Janvier* 1846.)

Revue des journaux allemands.

ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN VON OPPENHEIM.

Rétention d'urine causée par des hémorrhoïdes de la vessie, nécessité de la ponction de cet organe; par M. KRAUSE :—Un homme de soixante-trois ans, de haute stature, eut, il y a 16 ans, des hémorrhoïdes volumineuses, qui s'étranglèrent et que l'on fut obligé d'opérer. Il en eut une seconde atteinte il y a cinq ou six ans. On parvint à calmer les accidents sans opération. Vers la même époque il eut une hernie inguinale volumineuse qui l'incommoda beaucoup depuis.

Dans le courant de juillet 1843, ce malade eut une rétention subite d'urine avec ténesme vésical, six heures après avoir uriné avec la plus grande facilité. On fut obligé de sonder le malade qui urina ensuite librement jusqu'au mois de septembre où il survint une nouvelle rétention. La prostate fut trouvée médiocrement tuméfiée; au pourtour de l'anus il existait des tumeurs hémorrhoïdales de deux centimètres de longueur environ. Il y avait du ténesme vésical avec des démangeaisons au méat. Le malade fut sondé sans trop de difficulté; on prescrivit des sangsues à l'anus, des fomentations narcotiques au périnée et des purgatifs pour combattre la constipation qui s'était surajoutée à ces symptômes. Le soir et le surlendemain on dut sonder de nouveau le malade; mais le ténesme avait disparu. Au bout d'une huitaine de jours le malade put retourner à ses occupations habituelles.

Le 31 mai de l'année suivante, le malade éprouva une nouvelle rétention d'urine, à la suite d'un refroidissement. Le cathéter ne put, de cette fois, franchir le col de la vessie; chaque fois qu'on le retirait, il sortait une grande quantité de sang mélangé à des mucosités et à de petits caillots. L'état du malade devint alarmant, au moral surtout. On eut recours à des cataplasmes narcotiques, à des lavements antispasmodiques et au camphre administré à l'intérieur, ce qui calma un peu les symptômes nerveux, mais seulement pour un instant; car ils reparurent au bout d'une demi-heure: une nouvelle tentative de cathétérisme fut suivie de violentes douleurs et d'hémorrahgie. Les accidents augmentèrent et rien ne put les calmer. Le malade n'avait pas uriné depuis 30 heures et était en proie aux plus cruelles angoisses; la vessie avait le volume de la tête d'un enfant et ne pouvait supporter le moindre attouchement. On résolut d'en pratiquer la ponction.

Celle-ci fut pratiquée le 1er juin à deux centimètres environ au-dessus de la symphyse pubienne; elle donna issue à une grande quantité d'urine trouble. Le malade se sentit fort soulagé. Une sonde en gomme élastique fut introduite à demeure et des applications froides furent faites sur l'hypogastre. Le ténesme vésical cessa.

Le 3 juin, on put faire pénétrer par l'urèthre jusque dans la vessie une sonde de gomme élastique que procura la sortie d'une assez grande quantite d'urine sanguinolente. On supprima alors l'ouverture sus-pubienne, et le cathéter urèthral laissé à demeure fournit de l'urine toute la journée. Les jours suivants les douleurs disparurent et l'on put sonder facilement le malade.

Le 16 juin, l'ouverture sus-pubienne étant

cicatrisée, on cherche à faire uriner le malade seul; mais il ne peut y parvenir.

Le 18, nouvelles tentatives pour faire uriner le malade seul : elles n'aboutissent qu'à faire rompre la cicatrice sus-pubienne par laquelle il sort environ deux cuillerées d'urine et de pus. On replace la sonde. Le 24, autres tentatives amenant les mêmes résultats. Le 30, par suite de ces ruptures successives de la cicatrice, il se développe à l'entour de la petite plaie une tumeur qui acquiert le volume d'un œuf. Quelques jours après, cette tumeur s'affaissa ; en même temps il sortit par l'urèthre un peu d'urine mêlée de pus, et les douleurs disparurent. On sonda le malade; il sortit du pus et des petits caillots en quantité considérable ; le soir le ténesme vésical revint ; la plaie sus-pubienne se rouvrit ; il en sortit du pus et de l'urine. Le malade eut du délire le soir, cependant il dormit bien. Le lendemain, il fut agréablement surpris de voir qu'il pouvait pour la première fois uriner seul et sans douleurs. Il sortit un peu de pus et d'urine par la plaie. Le malade put dès lors uriner seul.

Le mois suivant, le malade put se lever. La plaie hypogastrique était cicatrisée. L'urine était néanmoins encore chargée de mucus.

Eau de goudron à l'intérieur contre les dartres hémorrhoïdaires; par le docteur JAFFÉ, de Hambourg. — L'auteur rapporte qu'un homme de trente-huit ans, affecté d'hémorrhoïdes, était depuis plusieurs années en proie à une éruption eczémateuse de la marge de l'anus, qui était devenue la source de démangeaisons insupportables. On avait employé toutes les ressources de l'art usitées en pareil cas, et il n'avait obtenu quelque effet que des eaux d'Helgoland et de la pommade de goudron ; mais celle-ci en faisant rétrocéder l'éruption avait causé une sorte de métastase sur le cerveau qui n'avait cédé qu'à la réapparition de la maladie primitive. M. Jaffé, consulté en décembre 1843, conseilla néanmoins l'eau de goudron à l'intérieur à la dose de deux verres par jour. Le premier effet de ce remède fut d'amener une diurèse abondante. Le malade recouvra promptement le sommeil. L'éruption eczémateuse se sécha. Au bout de huit jours, la dose de l'eau de goudron fut portée à deux grands verres par jour. Pendant les deux premières semaines, le malade prit tous les deux jours un bain sulfureux. Au bout d'un mois, le malade parut complètement débarrassé de son affection. Pour mieux assurer la guérison, on mit un cautère au malade. Six mois après, elle ne s'était pas démentie et le malade avait recouvré toutes les apparences d'une santé parfaite.

Voici comment M. Jaffé fait préparer l'eau de goudron : on met ensemble une livre de goudron et trois livres d'eau dans un vase pendant vingt-quatre heures, puis on décante l'eau qui surnage et on filtre. On ajoute à cette eau une préparation aromatique pour en masquer la saveur. (*Août* 1845.)

NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG.

Du nitrate d'argent à l'intérieur dans le cas de menstruation trop abondante; par le docteur DITTERICH. — Les femmes trop fortement menstruées ont ordinairement, avant chaque époque, un écoulement muqueux considérable du vagin. C'est dans ces circonstances que M. Ditterich assure avoir administré avec avantage le nitrate d'argent. Il fait dissoudre 3 grains (15 centigr.) de ce sel dans 2 gros (8 grammes) d'eau distillée. La malade prend 10 à 15 gouttes de cette solution dans de l'eau sucrée, trois fois par jour. Il a vu le flux menstruel considérablement diminué au bout de dix jours de l'emploi de ce liquide. En cas de récidive, il convient d'y revenir. Cette médication a également procuré d'excellents résultats au professeur Kopp, même au milieu de l'époque mensuelle. Ce praticien distingué fait prendre alors le nitrate d'argent toutes les deux heures, à la dose d'un dixième ou d'un douzième de grain. Il fait remarquer, en passant, que le nitrate d'argent ne doit point être administré avec l'eau de laurier-cerise, parce qu'il se forme un précipité noir de cyanure d'argent.

ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

De la nécrose des os maxillaires, déterminée par l'action des vapeurs de phosphore. — M. F.-W. LORINSER, chirurgien en chef de l'hôpital Wieden, à Vienne, a eu l'attention éveillée sur une nouvelle cause de nécrose des mâchoires en voyant cette affection sévir constamment sur des ouvriers sortant des fabriques d'allumettes phosphorées à friction qui se trouvent entourer en grand nombre l'hôpital de Wieden. Il a remarqué aussi que les individus qui y sont le plus exposés sont ceux qui travaillent dans les lieux où la dessiccation de ces allumettes donne lieu à la vaporisation du phosphore. L'affection débute par une odontalgie ne s'étendant qu'à une ou plusieurs dents; plus tard, la mâchoire tout entière se gonfle et devient douloureuse au toucher. Le gonflement gagne bientôt les gencives, les joues, devient érysipélateux et se propage à toute une moitié de la face et du cou. Il s'accompagne de fortes douleurs, de salivation, de fièvre, d'anorexie, de selles irrégulières et d'une teinte jaune de la peau. Quelques dents sont agacées et paraissent se détacher de leurs alvéoles; il s'écoule de ces dernières un pus fétide qui s'amasse sous les gencives et s'écoule comme il peut, soit par la bouche, soit par les joues. Il se forme alors des trajets fistuleux à travers lesquels la sonde arrive sur un point rugueux et dénudé de la mâchoire; les dents tombent enfin; les parties molles de la bouche se détachent et la mâchoire nécrosée se trouve à découvert dans une étendue plus ou moins considérable. Cette étendue est assez limitée chez les sujets robustes, et la guérison s'opère par l'exfoliation des os; dans les cas contraires, les individus finissent par succomber. Les scrofuleux particulièrement meurent de phthisie tuberculeuse.

La première indication thérapeutique est d'éloigner les malades de leur travail; on peut ainsi arrêter les progrès du mal s'ils ne sont pas trop avancés. Si la nécrose est bornée, on se rincera souvent la bouche avec une décoction astringente à laquelle on ajoutera de la teinture de myrrhe si cette cavité exhale une mauvaise odeur; on tiendra chaudement la partie de la face correspondante à l'os malade. On prescrira un régime tonique, l'exercice en bon air. Ces simples moyens parviennent quelquefois à enrayer la nécrose, et la guérison n'est plus qu'une affaire de temps. Si la destruction de l'os marche rapidement et continue d'envahir la mâchoire, le mal est au-dessus des ressources de l'art, qui ne peut plus guère employer que des palliatifs. L'eau froide paraît être encore ce qui arrête le mieux la salivation. Les narcotiques les plus puissants peuvent à peine calmer les douleurs atroces auxquelles les malades sont en proie. On voit, d'après ce qui précède, que le traitement doit être surtout prophylactique.

Revue des journaux italiens.

IL FILIATRE SEBEZIO.

Splénoncie sanguine (hypertrophie subaiguë de la rate) guérie par d'abondantes évacuations sanguines; par M. Giocondino del Zio.—Au lieu des mots *évacuations sanguines*, nous eussions plutôt dû mettre *déperditions sanguines*; car le hasard ou la nature firent ici ce que le médecin n'aurait osé faire d'après les règles de l'art.

Obs. — Une jeune personne de vingt-un à vingt-deux ans, récemment traitée par les préparations de quinquina d'une longue maladie qui avait été considérée comme une fièvre continue lente avec symptômes adynamiques, voyant qu'elle restait néanmoins dans un état maladif continuel, fit appeler l'auteur qui la trouva dans l'état suivant : facultés intellectuelles diminuées ou perverties, avec une forte teinte de mélancolie ; sommeil incomplet; face pâle et amaigrie ; respiration embarrassée, stertoreuse, entrecoupée de bâillements et de soupirs; toux sèche; palpitations; voix enrouée et bégayante; dégoût pour tous les aliments; digestions difficiles; langue pâteuse, jaunâtre et croûteuse; pouls dur et petit; peau sèche, décolorée, visqueuse et froide; chairs flasques; marasme général; sensation d'un poids et de tiraillements du côté gauche de la poitrine; décubitus latéral très pénible, surtout à droite; urines brûlantes, tantôt claires, tantôt troubles; déjections alvines rares, dures, pénibles; pulsations à peine perceptibles dans les artères poplitées et dans les fémorales; aménorrhée depuis huit mois.

L'abdomen était volumineux comme dans une grossesse double arrivée près de son terme; les téguments en étaient durs et brûlants au toucher. La rate avait acquis un développement tel qu'elle était descendue jusque dans les deux fosses iliaques et qu'elle remplissait la presque totalité du ventre. Il y avait tous les soirs un accès de fièvre rémittente, caractérisé par de la céphalalgie, une soif ardente et l'augmentation de la splénalgie. Ces symptômes cessaient vers le matin, mais sans que la malade fût dans une apyrexie complète.

L'auteur pensa que l'hypertrophie énorme de la rate à laquelle il avait affaire dépendait d'une hypérémie active. Il prescrivit l'application de six sangsues de moyenne grosseur, moitié au siége, moitié à la vulve. Il laissa au choix de la malade de les remplacer par une forte saignée du pied.

Les parents de la malade, comprenant mal les termes de l'ordonnance, appliquèrent au lieu désigné onze grosses sangsues qui donnèrent beaucoup de sang, et ils firent en outre pratiquer une saignée de près d'un kilogramme.

Le lendemain il y eut une grande diminution dans le paroxysme fébrile ainsi que dans les phénomènes locaux ; la saignée était recouverte d'une couennne épaisse; la langue devint humide, la peau fut moins sèche et les urines sortirent avec moins d'ardeur pour la malade; le ventre avait déjà désenflé d'un tiers.

Le jour suivant, à la suite d'une excrétion alvine très pénible et composée de scybales, les piqûres des sangsues se rouvrirent et l'écoulement de sang reparut. Ce phénomène se reproduisit pendant deux semaines. M. del Zio se borna à rester simple spectateur des heureux effets produits par ces évacuations sanguines forcées. La malade fut complètement guérie au bout d'un mois. Les règles se rétablirent au bout de deux mois. (*Août* 1845.)

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Compte-rendu des lectures et des discussions qui ont eu lieu dans les sections de médecine et de chirurgie du septième Congrès scientifique, tenu à Naples en septembre 1845.

Nous extrairons ce qu'il y a de plus intéressant pour la pratique dans ce compte-rendu, le plus complet qui ait été publié sur le septième Congrès scientifique d'Italie.

Cas d'amaurose guérie par le galvanisme; par le docteur Finella. — Nous avons rapporté ces faits dans le n° de janvier dernier, dans la revue des journaux italiens.

Sur quelques préparations pharmaceutiques d'huile de ricin; par le docteur Luigi Parola, de Cuneo. — L'auteur a reconnu comme bien d'autres que l'huile de ricin est un purgatif incertain, de facile altération, et qui a quelquefois aussi l'inconvénient de provoquer le vomissement au lieu des évacuations alvines. Rien de ce qu'on a fait jusqu'à ce jour n'a pu faire disparaître tout-à-fait ces défauts. Après

de nombreuses recherches tant chimiques que cliniques et des expériences faites sur lui-même, M. Parola considère l'extrait et la teinture éthérée, et par-dessus tout encore la teinture alcoolique, comme les préparations les plus efficaces des graines de ricin. L'auteur a résumé ses conclusions dans les propositions suivantes :

1° Les teintures éthérée et alcoolique possèdent une action purgative quatre fois plus forte que l'huile obtenue par expression ; et cependant elles ne sont ni plus émétiques ni plus irritantes que celle-ci ;

2° Ces nouvelles préparations se conservent pendant un temps très long sans s'altérer, quel que soit le climat ou la saison ;

3° Le principe extractif éthéro-alcoolique possède une vertu purgative comparativement moindre que la pulpe de laquelle on l'extrait, ce qui prouve qu'elle renferme un autre principe insoluble dans l'alcool et dans l'éther.

Sur la pellagre ; par le docteur Carlo-Ampelio CALDERINI. — Ce n'est point un travail isolé que lit l'auteur. Membre d'une commission permanente, nommée par le Congrès scientifique de Milan pour faire des études suivies sur la question de la pellagre, M. Calderini lit un rapport contenant les premiers résultats auxquels la commission est arrivée. Ce document a donc une grande importance.

La commission permanente de la pellagre n'est point encore arrivée cette année à des conclusions définitives ; elle ne fait presque encore que d'aborder cette question. Ce qu'elle demande aux médecins qui lui envoient des mémoires, c'est bien moins un esprit hardi et arrêté qu'une sage réserve et une grande sobriété dans les déductions.

La commission permanente de Milan regarde aujourd'hui comme parfaitement démontrée l'origine héréditaire de la pellagre ainsi que l'influence de l'insolation sur la production de l'érythème cutané. Elle explique les désordres internes qui accompagnent la maladie par l'altération des viscères chylopoïétiques ; elle regarde également comme incontestable l'influence d'une alimentation insuffisante ainsi que l'usage habituel du maïs récolté avant sa maturité ou pendant un temps pluvieux. C'est même là, aux yeux de la commission, la principale cause prédisposante, et elle partage l'avis des praticiens les plus sages qui pensent que le seul traitement capable de guérir la pellagre à ses premières périodes consiste dans une nourriture substantielle et dans l'usage habituel du lait et du vin.

Études sur le scorbut terrestre ; nitre ; par le docteur NOVELLIS, d'Alexandrie. — Après de longues recherches pratiques faites dans le pénitentiaire militaire d'Alexandrie, l'auteur est arrivé à conclure : 1° que la pomme de terre, tant vantée par les Anglais, n'est d'aucune utilité dans le scorbut terrestre, soit qu'on l'administre crue, soit qu'on l'administre cuite, et qu'elle est loin de pouvoir remplacer la laitue cultivée ou le cresson ; 2° que le nitrate de potasse produit de très bons résultats, à la dose d'un scrupule à deux gros par jour : il le préfère aux ferrugineux ; mais pour en obtenir le maximum d'avantages il est bon d'y joindre l'usage d'une alimentation végétale ; 3° le scorbut ne saurait se transmettre par inoculation.

Rapport de la commission chargée de visiter les hôpitaux de Naples. — La mission que la commission avait à remplir était des plus délicates ; car il ne s'agissait pas là d'une inspection administrative, mais d'une sorte de contrôle officieux dans lequel la bienveillance et surtout la politesse devaient tenir la principale place. Il paraît que le succès a été complet à cet égard : la commission a eu beaucoup à louer ; elle a eu aussi à formuler des vœux pour obtenir la cessation de certains abus tels que ceux que nous allons mentionner.

L'hospice des enfants nouveau-nés, à Naples, reçoit chaque année 2,500 enfants environ, dont 1,500 sont élevés dans l'établissement. L'allaitement artificiel n'a été conservé que pour les sujets atteints de maladies contagieuses ; il a été aboli pour tous les autres, ce qui est un progrès. Mais ce qui n'en est plus un, c'est que les nourrices attachées à la maison sont chargées d'allaiter chacune trois enfants. Aussi la mortalité est-elle énorme chez ces petits malheureux : suivant M. de Renzi, elle est de 77 sur 100. La commission du Congrès a émis le vœu qu'on augmentât le nombre des nourrices et qu'on choisît de préférence celles qui habitent la campagne.

L'hopital des Incurables, le plus considérable des hôpitaux civils de Naples, contient 1,300 lits. Une salle de 104 lits est destinée, sous le nom de *salle des moribonds*, à recevoir les malades que l'on juge n'avoir plus que quelques heures à vivre. On conçoit tout ce qu'il y a de barbare et même d'abusif dans cette étrange coutume. Des malheureux, qui auraient peut-être encore quelque chance de vie, ont le moral mortellement frappé en se voyant transportés dans cet antre fermé à l'espérance. La commission du Congrès s'est élevée contre cet usage.

Il serait injuste de signaler le blâme sans mentionner aussi les éloges. A l'hôpital militaire, le service des infirmiers est fait en partie par des détenus choisis parmi ceux dont la peine est moins grave. Ainsi réhabilités à leurs propres yeux, il est rare qu'ils ne se montrent pas pleins de zèle et de bonne volonté. Rendus plus tard à la société, ils n'y trouvent pas les préventions qui s'attachent d'ordinaire aux détenus libérés. Chaque année de service dans l'hôpital leur vaut la remise de six mois de leur peine.

On croit assez généralement à Naples que la phthisie pulmonaire est contagieuse. Aussi dans plusieurs hôpitaux les phthisiques sont traités dans des chambres isolées.

Revue des journaux anglais.

THE MEDICAL TIMES.

Considérations sur la rage, avec un cas de guérison; par M. Hooper. — Le fait suivant offre une observation de rage confirmée terminée par la guérison, quoique l'auteur n'ait employé aucun agent nouveau ni extraordinaire.

Obs. Dans le mois de septembre 1825, M. Hooper fut appelé un vendredi, à onze heures du soir, pour voir un nommé Piper, âgé de 16 ans, lequel avait été mordu par un chien enragé trois semaines auparavant. Le même chien avait d'abord mordu un homme, qui se fit immédiatement enlever par un chirurgien la partie mordue, et de plus une vache, un cochon et un chien, qui devinrent tous enragés. Le chien qui avait été cause de tous ces accidents avait été enchaîné dans une écurie, et ce fut là qu'il mordit Piper au bras. Celui-ci consulta un vétérinaire qui lui fit prendre un breuvage prétendu spécifique. La morsure, abandonnée à elle-même, se cicatrisa promptement.

Quelques jours avant que M. Hooper fût appelé, le malade commençait déjà à manifester de l'agitation. La veille même de ce jour il se plaignit de démangeaison dans la cicatrice et on le vit plusieurs fois la frotter. Il avait ensuite témoigné de l'horreur pour les liquides, et n'avait plus voulu ni boire ni manger. M. Hooper le trouva en proie à un violent paroxysme et se déjetant de côté et d'autre, malgré les efforts de quatre personnes qui s'efforçaient de le retenir. Il était agité de spasmes violents et offrait un aspect horrible à voir : sa bouche écumait; il s'en écoulait une salive visqueuse abondante. Ses hurlements étaient comme ceux d'un chien, et il cherchait à mordre ceux qui le contenaient. L'accès dura environ six minutes, après lesquelles le malade éprouva un certain calme physique et moral. Il avertit les assistants de se tenir sur leurs gardes, disant qu'il n'était pas sûr de pouvoir s'abstenir de les mordre pendant les attaques. Il se plaignait, de temps en temps, de soif, de douleur épigastrique et d'une sensation de constriction autour de la poitrine. Le bruit d'eau versée derrière lui dans un vase suffit pour déterminer un spasme. Dans l'intervalle des attaques, les nerfs restaient excessivement sensibles. Le plus léger bruit, le mouvement de ses propres jointures, un léger courant d'air, l'augmentation ou la diminution de la lumière, une ombre projetée sur les murs, redoublaient ses angoisses. Un accès fut déterminé par la seule vue d'un verre. Une douleur à l'épigastre alternait avec une autre douleur dans la partie mordue. La cicatrice était rouge, mais sans solution de continuité. Les mâchoires furent séparées au moyen d'un morceau de bois introduit entre les molaires, et on fit avaler deux gros de laudanum avec autant d'esprit de camphre; on fit ensuite prendre cinq décigrammes de calomel mélangé avec du miel. Des frictions furent pratiquées dans les aisselles avec trois gros d'onguent mercuriel pour chaque région. Au bout d'une heure on renouvela la dose de camphre et de laudanum.

Une heure du matin. — Les accès ont déjà diminué d'intensité. On donne un gros de laudanum et autant d'esprit de camphre; douze sangsues à l'épigastre.

Deux heures. — Le malade est plus tranquille et ne souffre plus. Toutefois, il ne veut pas boire et se plaint de constriction dans la poitrine. La cicatrice du bras s'est rouverte et il en sort du liquide.

Quatre heures. — Le malade ne dort pas, quoiqu'il ait pris 300 gouttes de laudanum; mais il ne souffre pas; cependant il a des pressentiments funestes. Il n'a pas eu d'accès pendant la dernière heure.

Cinq heures. — Le malade s'endort et ne se réveille qu'à neuf heures; on lui présente alors de l'eau, qu'il boit sans difficulté; on lui présente des pilules et des mixtures purgatives.

Six heures du soir. — La salivation commence; le malade a dormi presque toute la journée et a transpiré; il a pris un peu de gruau.

Le lendemain matin, la salivation est bien établie et on cesse le mercure; il y a eu plusieurs selles brunâtres.

A sept heures du soir, moins de soif; le malade ne se plaint que de faiblesse; il mange du pudding et boit sans répugnance.

Le lundi, le malade retourne chez lui en convalescence, quoique le ptyalisme persiste.

Il serait difficile de dire si cette guérison si remarquable a été due à la nature ou au mercure et à l'opium. L'auteur est pour cette dernière explication; mais ces moyens ont été employés bien d'autres fois sans succès. M. Hooper a revu son malade un an après sa guérison, ayant été appelé pour le traiter d'une affection des voies digestives. (*Juin* 1845.)

Traitement de la névralgie faciale ou tic douloureux par l'extrait de nicotiane. — M. Gower se servait depuis vingt ans, avec le plus grand succès, de la teinture et de l'infusion de tabac appliquées localement, sans trop savoir si le médicament agissait comme stimulant ou comme sédatif. Il continuait à l'employer empiriquement lorsque M. Chippendale démontra que le principe médicamenteux du tabac réside dans la nicotine, tandis que l'huile essentielle contenue dans la plante est plutôt faite pour en retarder l'action, en empêchant l'action du principe narcotique. D'après cela, M. Gower pense que c'est à l'extrait de nicotiane qu'il faut donner la préférence. Il a vu chez trois malades une seule application de la solution aqueuse de cet extrait calmer instantanément et sans retour les douleurs névralgiques. Il a également réussi à calmer le mal de

dents au moyen d'une seule friction faite avec cette préparation sur le côté malade de la face. (*Ibid.*)

THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

De l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse; par M. Alexander WATSON. — La maladie dont il est ici question ne peut être reconnue qu'à l'aide de verres grossissants. A l'œil nu, toutefois, la cornée présente une apparence comme brumeuse ou nébuleuse. Examinée avec un verre grossissant, de quatre à cinq diamètres, elle paraît parsemée de petites taches rondes et blanchâtres. L'auteur rapporte ces taches à un dépôt de lymphe sur la surface interne de la cornée ou sur la membrane de l'humeur aqueuse. La pupille se trouve déformée par suite de l'épanchement de la lymphe et des adhérences qui en résultent entre la capsule et l'iris. On a, en même temps, les signes caractéristiques d'une inflammation de l'œil. Il est certains malades, particulièrement les jeunes sujets, chez lesquels les symptômes inflammatoires sont très aigus et attaquent presque toutes les parties constituantes de l'œil. On conçoit qu'alors les symptômes propres à l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse passent inaperçus. Il en est d'autres, au contraire, chez lesquels la maladie est bien circonscrite et facile à diagnostiquer avec le verre grossissant. C'est alors qu'il importe de la bien diagnostiquer, car, au début, elle est facilement curable.

La période inflammatoire sera combattue par les antiphlogistiques généraux ou locaux, les révulsifs sur l'intestin et sur la peau. Si le mal est passé à l'état chronique, c'est le cas, selon M. Watson, d'administrer le mercure à petites doses. Comme cette affection est sujette à récidiver, particulièrement chez les scrofuleux, on doit, ensuite, faire usage des toniques. L'auteur recommande particulièrement un mélange de quinquina et de rhubarbe.

Le rétrécissement et les déformations de la pupille, qui sont un effet en quelque sorte anatomique de la maladie, seront prévenus au moyen des préparations belladonées.

(*Juillet* 1845.)

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 février.

Correspondants nationaux. — L'ordre du jour appelle l'élection des membres correspondants nationaux. L'Académie a arrêté, dans la précédente séance, une liste de quarante membres sur lesquels elle doit en élire vingt. Voici la liste des candidats rangés suivant l'ordre alphabétique des départements où ils résident:

Aisne : M. Pennant, médecin à Vervins.

Ardennes : M. Toulmonde, médecin à Sedan.

Bouches-du-Rhône : M. Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix.

Charente : MM. Delagarde, médecin à Confolens; Gigon, chirurgien à Angoulême.

Creuse : M. Maslieurat-Lagémar, médecin à Grand-Bourg.

Dordogne : M. Parot, médecin à Périgueux.

Garonne (Haute-): MM. Bernard, directeur de l'École vétérinaire, à Toulouse ; Dieulafoy, chirurgien de l'hôpital de la Grave, à Toulouse.

Gironde : M. Rollet, médecin en chef de l'hôpital militaire, à Bordeaux.

Hérault : M. Golfin, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Indre-et-Loire : M. Charcellay, professeur à l'École préparatoire de Tours.

Loiret : M. Durand-Fardel, médecin à Châtillon-sur-Loing.

Maine-et-Loire : M. Négrier, professeur à l'École préparatoire d'Angers.

Meurthe : M. Putégnat, médecin à Lunéville.

Nord : M. Stievenart, médecin de l'hôpital général, à Valenciennes.

Orne : M. Defermon, médecin à Alençon.

Pas-de-Calais : MM. Derheims, pharmacien à Saint-Omer ; Gorré-Gassicourt, chirurgien en chef de l'hospice de Boulogne.

Rhin (Bas-): MM. Ehrmann, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Sédillot, id., id.; Imlin, médecin vétérinaire à Strasbourg.

Seine-Inférieure : MM. Girardin, correspondant de l'Académie des sciences, à Rouen ; Parchappe, professeur à l'École préparatoire de Rouen ; Vingtrinier, médecin à Rouen.

Seine-et-Oise : MM. Chassinat, médecin à Saint-Germain en Laye ; Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles.

Tarn : M. Millon, médecin à Sorèze.

Var : MM. Lauvergne, médecin en chef de la marine, à Toulon ; Levicaire, id., id.

Vendée : M. Hullin, médecin à Mortagne.

Vienne : M. Bonnet, professeur à l'École préparatoire de Poitiers.

Vienne (Haute-): M. Séchaud, médecin à Chalus.

Yonne : MM. Rétif, médecin des hospices, à Sens ; Girard, médecin à Auxerre ; Deschamps, pharmacien à Avallon.

Colonies : MM. Cornuel, médecin de la marine, à la Guadeloupe ; Rufz, médecin à Saint-Pierre (Martinique).

On procède à l'élection par scrutin de liste.

Les candidats qui ont obtenu la majorité des suffrages sont :

MM. Sédillot, 74 voix ; Payan, 74 ; Hullin, 71 ; Gorré-Gassicourt, 70 ; Bonnet, 69 ; Defermon, 67 ; Rétif, 67 ; Parchappe, 66 ; Pointe, 63 ; Dieulafoy, 63 ; Derheims, 60 ; Bernard,

59; Rufz, 58; Charcellay, 57; Négrier, 56; Ehrmann, 52; Putégnat, 51; Girard, 50; Girardin, 48.

MM. Durand-Fardel et Stievenart ayant obtenu chacun 47 voix, l'Académie décidera, dans la prochaine séance, lequel des deux sera nommé.

Les candidats qui ont obtenu le plus de voix après les vingt et un premiers sont :

MM. Rollet, 45; Dupasquier, 36; Boudin, 35; Lagarde, 31; Vauvergne, 30; Vingtrinier, 30; Golfin, 29; Cornuel, 25; Maslieurat-Lagémar, 23.

— M. Gaultier de Claubry fait, au nom de MM. Bricheteau, Louis, Rochoux et au sien, un rapport sur un mémoire intitulé : *Typhus différant de la fièvre typhoïde*; par M. Faure, médecin en chef de l'hôpital militaire des troupes de terre à Toulon. On sait que l'opinion du rapporteur est diamétralement opposée à celle de l'auteur du mémoire présenté. M. Gaultier a même fait un livre très volumineux pour prouver l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde (1). On pressent, dès lors, que les conclusions ne doivent pas être éminemment favorables à M. Faure. La commission propose pour conclusions d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur, et de déposer son mémoire aux archives pour être mis à la disposition des membres de la commission de l'épidémie.

M. Rochoux, l'un des commissaires, s'élève contre l'opinion de M. Gaultier de Claubry et cherche à prouver que la fièvre typhoïde et le typhus sont deux affections différentes. Il reproduit à cet égard les arguments qu'il a apportés naguère dans une discussion antérieure sur ce sujet.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

—M. Leroy d'Étiolles fait deux communications à l'Académie, l'une concernant l'extraction par l'urèthre d'une sonde tombée dans la vessie, l'autre relative à un calcul volumineux enchatonné, extrait par la taille hypogastrique.

Séance du 3 mars.

Membres correspondants. — M. le président expose que le scrutin pour la nomination des correspondants a donné 47 voix à MM. Stievenart et Durand-Fardel. Il s'agit de décider aujourd'hui quel sera celui de ces deux membres que l'Académie regardera comme nommé.

M. Bailly pense qu'il est de toute justice que ces deux candidats soient admis et que leur élection soit validée. Il ajoute que M. Rollet, de Bordeaux, qui vient après eux et qui a obtenu 45 voix, doit également être nommé; car il a obtenu la majorité absolue des suffrages, le nombre des votants ayant été de 80.

MM. Velpeau, Girardin et Pariset insistent également sur la convenance qu'il y aurait à admettre ces trois candidats. (Appuyé, appuyé.)

L'Académie, consultée, décide que MM. Stievenart, Durand-Fardel et Rollet sont régulièrement élus membres correspondants. Ainsi, au lieu de vingt membres correspondants, l'Académie en a nommé vingt-deux.

—M. Prus est appelé à la tribune pour lire le rapport de la commission sur la peste et les quarantaines : la séance ne peut suffire à la lecture de ce volumineux rapport.

—M. Deleau présente de nouveaux instruments destinés à faciliter l'opération de la lithotritie. (Renvoi à une commission.)

Séance du 10 mars.

M. Durand, de Lunel, obtient un tour de faveur pour la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Théorie nouvelle de l'intermittence dans les fièvres des marais.*

M. Durand accepte avec tous les praticiens, comme faits démontrés, l'engorgement dans les fièvres intermittentes et l'origine putride des fièvres des marais. Si l'on suppose maintenant l'absorption d'une matière putride, celle-ci ira imprégner le sang et passera en partie dans la rate, et comme la rate est un organe de stase sanguine, elle deviendra un foyer de putréfaction, un marécage interne.

Passons à un ordre de faits. Les influences diurnes, chaleur, lumière, attraction solaire, etc., sont des influences qui ne sont pas seulement stimulantes pour la périphérie, mais qui sont encore expansives, c'est-à-dire qui dilatent la fibre vivante et attirent les fluides du centre à la périphérie. Elles sont expansives pour la rate comme pour les autres organes internes.

M. Durand rappelle que les auteurs qui ont étudié les fièvres dans les lieux où elles sont endémiques ont observé que la plupart des accès apparaissent pendant le jour. M. Durand, dans les 1,545 cas de fièvre régulière qu'il a vus en Algérie, a noté que le rapport des accès diurnes est aux accès nocturnes :: 5 : 1.

M. Durand a, en outre, observé, dans les cas d'engorgement de la rate, des oscillations telles que le volume diminue pendant le jour et augmente pendant la nuit. A moins d'accès incidents pendant le jour, le contraire n'avait jamais lieu. Des troubles étaient apportés à ces oscillations par l'incidence de fortes pressions atmosphériques. Plusieurs faits sont cités à l'appui de ces assertions.

Ainsi, dans la théorie de M. Durand, la rate est un foyer de putréfaction, un marécage interne qui, dans la nuit, période des influences atmosphériques concentratives, élabore l'élément putride qu'elle contient, et qui en envoie fort peu dans le reste de l'économie; mais qui, pendant le jour, période des influences expansives, en déjette considérablement dans la grande circulation, où cette matière va directement, par son influence sur des organes plus impressionnables que ne l'est la rate, susciter les conditions de l'accès.

Cette théorie rend compte, suivant M. Durand :

1° De la périodicité des accès qu'elle subordonne, en général, à la périodicité des in-

(1) Nous avons donné une analyse de cet ouvrage remarquable dans notre n° d'octobre 1844.

fluences expansives diverses, soit atmosphériques, soit fonctionnelles ;

2° Des irrégularités de l'intermittence qu'elle subordonne aux accidents des influences expansives atmosphériques ou fonctionnelles, et au degré de saturation miasmatique de la rate;

3° Du mécanisme de l'accès qui, comme l'a déjà avancé M. Roche, serait le résultat d'une impression délétère miasmatique, puis de la réaction de l'organisme sur celle-ci, enfin de l'effort d'élimination;

4° Des phénomènes d'irritation gastro-hépatique si communs pendant les accès, phénomènes qui seraient le résultat d'une sécrétion biliaire altérée par le sang provenant d'une déjection splénique miasmatique;

5° De l'apyrexie qui serait l'effet du ton obtenu par la réaction et par l'élimination partielle du miasme;

6° Des types qui seraient surbordonnés au degré de ténacité de l'organisme, au degré de quantité et de maturité du miasme s'élaborant dans la rate, enfin au degré de vivacité des influences expansives qui attirent ce miasme dans le reste de l'économie ;

7° Des rechutes subordonnées aux mêmes causes;

8° De l'efficacité du traitement essentiel, par le quinquina, agissant et comme tonique et comme antiseptique, et, en ce dernier cas, allant attaquer la matière putride au sein même de la rate;

9° De l'efficacité du traitement adjuvant par les évacuants biliaires, vomitifs, purgatifs, laxatifs, qui déterminent une élimination par les voies biliaires de la matière putride contenue dans la rate, et qu'il ne faut jamais administrer sans l'antiseptique, le quinquina.

Le mémoire de M. Durand est renvoyé à une commission composée de MM. Londe, Bégin, Piorry et Louis.

Nouveau procédé opératoire pour le traitement des polypes de l'utérus. — M. L. Boyer présente des pièces relatives aux deux premières applications qu'il a faites de ce procédé, lequel consiste à placer un fil sur le pédicule du polype, comme pour en faire la ligature, et à se servir de ce fil comme d'une scie à chaîne pour en achever immédiatement la section. De ces deux cas, le premier a été suivi de mort, non par le fait de l'opération, mais par celui d'imprudences graves de la part de la malade. Dans l'autre, la guérison a été rapide et complète. Ce procédé est d'ailleurs d'application facile et il est en outre tout-à-fait indolore.

— M. Prus continue la lecture de son rapport sur la peste et les quarantaines.

Séance du 17 mars.

M. le secrétaire perpétuel donne communication d'une lettre de M. Amédée Forget, secrétaire de la commission de la souscription pour le monument à ériger sur la tombe de Bichat, ayant pour but d'inviter l'Académie à participer à cette souscription.

L'Académie décide, par acclamation, que chacun de ses membres fait abandon à la souscription d'un jeton de présence.

— Il y aura une séance extraordinaire samedi, 21 mars, pour entendre la suite du rapport sur la peste qui ne peut encore être achevé dans cette séance. Nous donnerons l'analyse de ce rapport lorsque la lecture en sera terminée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 février.

Jeune fille électro-magnétique.—M. Arago rend compte des expériences auxquelles la commission de l'Académie, chargée d'examiner Angélique Cottin, a soumis cette jeune fille. Tous les résultats ont été négatifs. On a dit, pour expliquer cet insuccès, que la production des phénomènes annoncés était soumise à des intermittences dont cette jeune fille avait déjà donné des exemples. La commission, ne repoussant pas cette explication, a décidé que de nouvelles expériences seront faites.

Désinfection des cadavres. — M. Edouard Robin réclame contre quelques-unes des assertions contenues dans la communication de M. Sucquet. Depuis dix ans, dit-il, et à chacun de ses cours de chimie, il recommande l'emploi du sulfite de soude comme moyen de conservation. M. Robin s'attache à démontrer que l'hyposulfite de fer produirait une absorption d'oxygène bien plus abondante et, par conséquent, une conservation de bien plus longue durée que la sulfite de soude.

Affections glaucomateuses. — M. Tavignot fait connaître les résultats de ses recherches, qui sont résumés dans les conclusions suivantes :

1° C'est à tort que l'on a voulu considérer le glaucome comme une maladie de la rétine, de la choroïde, du corps vitré, etc.

2° Le glaucome est une affection générale de l'organe de la vue, ayant pour invariable résultat sa désorganisation, lente ou rapide, suivant les différents tissus.

3° L'origine des glaucomes n'est autre qu'une perturbation fonctionnelle du système nerveux ciliaire.

4° Le glaucome est-il accompagné dans sa marche de douleurs excessivement vives, il est alors sous l'influence d'un état névralgique des nerfs ciliaires.

5° Le glaucome parcourt-il ses périodes sans présenter les phénomènes névralgiques; il est le résultat d'une paralysie complète ou incomplète de ces mêmes nerfs ciliaires.

6° Le glaucome n'est donc autre chose, en définitive, qu'une désorganisation chronique de l'œil, analogue, sous tous les rapports, à la désorganisation aiguë qui survient après la section de la cinquième paire pratiquée sur les animaux.

7° Le traitement du glaucome se déduit logiquement de sa nature; traitement de la névralgie quand il existe des douleurs concomi-

tantes; traitement de la paralysie quand il n'existe pas de douleurs névralgiques.

Séance du 2 mars 1846.

Concrétions polypiformes du cœur.—M. PARCHAPPE, de Rouen, adresse sur ce sujet un mémoire dont voici les principales conclusions :

Toute la pathologie des concrétions du cœur est dominée par ces deux questions :

Y a-t-il des caractères anatomo-pathologiques certains qui puissent permettre de distinguer les concrétions formées pendant la vie, ou *concrétions pathologiques*, des concrétions postérieures à la mort, ou *concrétions cadavériques?*

Y a-t-il des caractères anatomo-pathologiques certains qui puissent permettre de distinguer les concrétions *inflammatoires* des concrétions *sanguines*?

Des caractères anatomo-pathologiques positifs séparent les excroissances des concrétions; et ces caractères sont, ainsi que Morgagni l'avait déjà solidement établi, l'adhérence par continuité de tissu et la vascularisation, qui appartiennent réellement aux excroissances, et ont été à tort attribuées aux concrétions.

Il y a des caractères différentiels propres à faire distinguer facilement et sûrement les productions antérieures à la mort, ou concrétions pathologiques, des productions postérieures à la mort, ou concrétions cadavériques.

Les concrétions qui sont constituées exclusivement ou principalement par un caillot cruorique, dans lesquelles l'élément fibrineux est disposé en couche mince à la surface du caillot cruorique, dont la forme reproduit celle de la cavité contenante, qui adhèrent à peine aux parois des cavités, sont certainement des concrétions cadavériques. Les concrétions qui sont constituées principalement par le coagulum fibrineux, dans lesquelles l'élément fibrineux est disposé comme une sorte de noyau à la périphérie duquel se développe l'élément cruorique, dont la forme est telle qu'elle n'a pu être produite que par l'action plus ou moins prolongée de la pression et du mouvement du sang, qui adhèrent avec force par des prolongements fibrineux aux anfractuosités et aux saillies des cavités, qui offrent les apparences de l'organisation, telles que structure lamelleuse, loges intérieures, caillots emprisonnés sous forme de masses variables en volume, de points, de marbrures, de stries, qui contiennent une matière sanieuse ou purulente, se sont certainement formées avant la mort, et doivent être considérées comme des concrétions pathologiques.

Les différences que présentent les productions concrètes du cœur ne fournissent aucun caractère anatomo-pathologique qui puisse servir à faire distinguer sûrement les concrétions inflammatoires des concrétions sanguines.

Les différences que présentent les concrétions sanguines du cœur ne fournissent aucun caractère positif qui puisse conduire à distinguer sûrement celles de ces concrétions qui auraient pu se produire sous l'influence d'un état inflammatoire de l'endocarde, de celles qui se seraient formées indépendamment de cette influence.

En définitive, ce que l'anatomie pathologique permet de conclure relativement à la nature des productions concrètes du cœur, d'après les données fournies par l'étude de leurs caractères matériels, c'est que ces productions consistent purement et simplement en des concrétions sanguines, tantôt cadavériques, tantôt pathologiques, parfaitement distinctes des excroissances organiques et non moins parfaitement distinctes des exsudations inflammatoires, si ce n'est dans un très petit nombre de cas où leur nature inflammatoire ou sanguine est impossible à déterminer directement.

La doctrine qui assimile les concrétions du cœur à des pseudo-membranes, produits d'une exsudation inflammatoire de l'endocarde (doctrine de Kreysig), doit être abandonnée comme n'étant justifiée ni par l'état des surfaces, ni par la nature des concrétions, ni par la nature des symptômes observés pendant la vie.

La condition essentielle de la formation des concrétions sanguines étant la stase du sang, c'est-à-dire une condition mécanique, non-seulement la formation de ces concrétions doit pouvoir être expliquée mécaniquement, mais encore ces productions doivent offrir dans leurs qualités de forme, de structure et de relation, des caractères propres à révéler la nature mécanique de la cause qui les a engendrées.

Emploi du sulfate de quinine par la méthode pharyngienne. — M. DUCROS adresse là-dessus un mémoire qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° Le sulfate de quinine, employé dans l'éther sulfurique en frictions sur la langue, sur le voile du palais, sur le dedans des joues, au plancher vertébral du gosier, produit une salivation abondante avec une amertume très prononcée, à la dose de 5 centigr., et cette dose amène une réaction sur la moelle épinière plus forte que si l'on poussait la dose à 2 grammes par l'intromission stomacale ou intestinale.

2° Ce qui caractérise l'action du sulfate de quinine d'après la méthode buccale, c'est la presque instantanéité d'action, soit dans les fièvres intermittentes pernicieuses, soit dans les fièvres intermittentes simples, soit dans les tics douloureux temporo-faciaux.

3° Cette instantanéité d'action thérapeutique est surtout importante dans les fièvres intermittentes pernicieuses; tandis que, par les autres méthodes, le sulfate de quinine doit, pour agir, être administré plusieurs heures avant l'accès, par la méthode buccale il suffit qu'il soit donné une demi-heure avant la manifestation de l'accès.

4° L'avantage le plus grand du sulfate de

quinine employé à faible dose, d'après la méthode buccale, gît surtout dans la non-*intoxication*.

5° L'instantanéité d'action du sulfate de quinine dans les névralgies temporo-faciales offre encore un avantage thérapeutique précieux.

Séance du 9 mars.

Jeune fille électrique. — M. ARAGO rend compte dans les termes suivants de la manière dont la commission chargée d'examiner cette jeune fille s'est acquittée de sa mission :

Dans sa séance du 16 février dernier, l'Académie reçut de M. Cholet et de M. le docteur Tanchou deux notes relatives à des facultés extraordinaires qui, disait-on, s'étaient développpées, depuis environ un mois, chez une jeune fille du département de l'Orne, Angélique Cottin, âgée de quatorze ans. L'Académie, conformément à ses usages, chargea une commission d'examiner les faits annoncés et de lui rendre compte du résultat de ses recherches. Nous allons, en très peu de mots, nous acquitter de ce devoir.

On avait assuré que mademoiselle Cottin exerçait une action répulsive très intense sur les corps de toute nature, au moment où une partie quelconque de ses vêtements venait à les toucher. On parlait même de guéridons renversés à l'aide du simple contact d'un fil de soie.

Aucun effet appréciable de ce genre ne s'est manifesté devant la commission.

Dans les relations communiquées à l'Académie, il est question d'une aiguille aimantée qui, sous l'influence du bras de la jeune fille, fit de rapides oscillations et se fixa ensuite assez loin du méridien magnétique.

Sous les yeux de la commission, une aiguille délicatement suspendue n'a éprouvé, dans les mêmes circonstances, ni déplacement permanent, ni déplacement momentané.

M. Tanchou croyait que mademoiselle Cottin avait la faculté de distinguer le pôle nord d'un aimant du pôle sud en touchant simplement ces deux pôles avec les doigts.

La commission s'est assurée, par des expériences variées et nombreuses, que la jeune fille ne possède pas la prétendue faculté qu'on lui avait attribuée de distinguer par le tact les pôles des aimants.

La commission ne poussera pas plus loin l'énumération de ses tentatives avortées. Elle se contentera de déclarer, en terminant, que le seul fait annoncé qui se soit réalisé devant elle est celui de mouvements brusques et violents éprouvés par les chaises sur lesquelles la jeune fille s'asseyait. Des soupçons sérieux s'étant élevés sur la manière dont ces mouvements s'opéraient, la commission décida qu'elle les soumettrait à un examen attentif. Elle annonça, sans détour, que ces recherches tendraient à découvrir la part que certaines manœuvres habiles et cachées des pieds ou des mains pouvaient avoir eue dans le fait observé. A partir de ce moment, il nous fut déclaré que la jeune fille avait perdu ses facultés attractives et répulsives, et que nous serions prévenus aussitôt qu'elles se présenteraient. Bien des jours se sont écoulés depuis, et la commission n'a point reçu d'avertissement. Nous avons appris, cependant, que mademoiselle Angélique Cottin est journellement conduite dans des salons où elle répète ses expériences.

Dans ces circonstances, la commission est d'avis que les communications transmises à l'Académie au sujet de mademoiselle Angélique Cottin doivent être considérées comme non avenues.

Séance du 16 mars.

Élection d'un correspondant. — L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Lallemand, nommé membre titulaire.

La section de médecine et de chirurgie a présenté, dans le comité secret de la précédente séance, la liste de candidature suivante :

En première ligne, M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; en deuxième ligne, M. Serre, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Hermann, à Strasbourg, et Bonnet, à Lyon; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Lesauvage, à Caen, et Guyon, en Afrique. Le nombre des votants étant de 45, les voix se sont réparties de la manière suivante :

M. Sédillot a obtenu 31 suffrages; M. Serre, 8; M. Guyon et M. Lesauvage, chacun 2; M. Bonnet, 1.

En conséquence, M. SÉDILLOT est proclamé membre correspondant de l'Académie des sciences pour la section de chirurgie.

De l'éther sulfurique appliqué d'après la méthode pharyngienne. — Nous nous bornerons à rapporter les effets thérapeutiques que M. DUCROS prétend avoir obtenus.

Dans les hypochondries avec manque de sommeil, douleurs vagues, l'éther sulfurique employé en frictions sur la langue, sur le voile du palais, sur les amygdales, au plancher vertébral du gosier, procure un sommeil agréable, calme les douleurs, surtout après que les narcotiques ont échoué ou augmenté le mal.

Dans les éclampsies des femmes en couches, dans les convulsions des nouveau-nés, dans les attaques hystériques, dans les accès épileptiformes, avec complication de trismus, de resserrement des dents et avec spasme de l'œsophage, il est impossible de faire avaler les remèdes : au moyen d'un pinceau imbibé d'éther sulfurique, si l'on frictionne la cavité buccale et pharyngienne, on arrête le plus souvent les attaques nerveuses.

NOUVELLES MÉDICALES.

La loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine est de nouveau ajournée. La Chambre des députés, trop occupée par les discussions politiques et les projets de loi déjà présentés, ne pourrait discuter celui qui concerne la médecine qu'à une époque trop avancée pour qu'on puisse encore porter ce projet à la Chambre des pairs ; et comme cette session est probablement la dernière de la législature actuelle, ce projet, s'il ne passait pas par les deux Chambres, serait comme non avenu et devrait être représenté et adopté de nouveau par la Chambre des députés qui succédera à la législature actuelle.

—On prépare, en ce moment, le projet de loi qui doit être présenté aux Chambres pour régler l'exercice de la médecine vétérinaire en France.

—On dit que M. le ministre de l'instruction publique a porté au budget de cette année une allocation spéciale pour les agrégés qui font partie du professorat des Facultés. Ils recevraient 1,000 fr. par an en sus des frais d'examen.

Le même ministre porte également au budget une somme de 60,000 fr. pour trois écoles préparatoires. On présume que cette allocation s'appliquera à Lyon, à Bordeaux et à Toulouse. Ces trois écoles rentreraient dans le giron de l'Université.

—La *Gazette des hôpitaux* dit tenir de bonne source que la commission du budget de la Chambre des députés a rejeté l'allocation demandée pour la création d'une chaire d'anatomie comparée à la Faculté de médecine de Paris. Ce rejet s'étendrait même aux créations de chaire d'histoire, de la médecine et d'anatomie pathologique demandées, la première pour Strasbourg, la seconde pour Montpellier.

—*Concours pour la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris.*— Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. Denonvilliers, à la majorité de 9 voix sur 12.

Par suite de cette nomination, la place de chef des travaux anatomiques se trouve vacante.

—M. le professeur ROYER-COLLARD, que l'état de sa santé a tenu éloigné de la Faculté depuis près de deux ans, a témoigné l'intention de reprendre cet été le cours d'hygiène qu'il professe avec tant de distinction.

— Par suite de démarches faites auprès de lui par plusieurs membres du Conseil général des hôpitaux, M. Orfila aurait, dit-on, retiré sa démission de membre de ce Conseil.

—M. le docteur BUSSY, directeur de l'École de pharmacie, est nommé membre du conseil académique de Paris.

—Le ministre de l'intérieur vient d'enjoindre aux préfets de veiller à ce que, à l'avenir, les administrateurs des hôpitaux qui n'ont pas de pharmacie fassent prendre dans les pharmacies de la ville les préparations officinales prescrites aux malades, les sœurs ne devant plus s'occuper que des préparations magistrales.

—Le roi a ordonné que le portrait de Bichat fût placé dans les galeries historiques de Versailles. Le ministre de l'instruction publique a accordé une pension au frère de ce savant illustre, déjà avancé en âge.

— Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes, le roi a accordé à M. le docteur FURNARI la naturalisation exceptionnelle et la jouissance des droits civils et politiques de citoyen français.

— M. Dezeimeris vient d'adresser à l'Académie des inscriptions et belles-lettres un mémoire dont l'objet est de révéler à ceux qui s'occupent de l'histoire de la philosophie que des ouvrages d'Empédocles, de Démocrite et de Diogène d'Apollonie, qu'on croit perdus depuis plus de vingt siècles, subsistent encore aujourd'hui et se sont conservés dans le recueil des écrits attribués à Hippocrate.

—Pendant l'année 1845, on a vu paraître en France 2,357 publications médicales, indépendamment des journaux de médecine.

—On s'est souvent occupé des moyens de porter remède aux inhumations précipitées. D'après une statistique officielle, le nombre des enterrements prématurés que des circonstances fortuites ont seules permis d'interrompre s'élève, en France, à 94, depuis 1833. Dans ce nombre, 35 personnes sont sorties de léthargie d'elles-mêmes au moment où on allait commencer la cérémonie des funérailles ; 13 se sont réveillées sous l'excitation des soins prodigués par la tendresse de leur famille ; 7 par suite de la chute du cercueil où elles étaient enfermées ; 9 ont dû leur salut à des piqûres qu'on leur faisait éprouver en les attachant dans leur cercueil ; 5 à des suffocations qu'elles éprouvaient dans le cercueil ; 19 à des retards fortuits apportés à l'enterrement ; 6 à des retards volontaires ayant pour cause des doutes sur la mort.

—M. LEROY D'ETIOLLES vient d'être nommé membre des Académies de médecine et de chirurgie de Naples et de Barcelone.

—M. GUY, naturaliste, est nommé modeleur des pièces d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris.

Affaire des dentistes.—Nous avons parlé de cette affaire dans le n° de janvier. On sait que devant le tribunal correctionnel (6e chambre) les dentistes ont succombé. Le tribunal les avait condamnés, le 16 décembre dernier, à 25 fr. d'amende, décidant ainsi, en principe, que les dentistes doivent être pourvus d'un diplôme. Un seul a fait appel, c'est M. William Rogers ; mais la Cour a confirmé le jugement sur les conclusions conformes de M. l'avocat-général Glandaz et a explicitement jugé que les dentistes doivent se faire recevoir docteurs ou officiers de santé suivant les formes

prescrites par la loi du 19 ventôse an XI.

La clientèle d'un médecin peut-elle faire l'objet d'un contrat de vente? (Non.)—M. Anquetin, désirant quitter Veyrières où il exerçait, depuis plusieurs années, la profession de docteur en médecine, trouva l'occasion de céder sa clientèle à un jeune médecin, M. Argentier. Le vendeur avait annoncé au concessionnaire une nombreuse clientèle, rapportant 4,000 fr. environ d'honoraires. Après quelques renseignements pris par M. Argentier, 2,000 fr. furent le prix convenu de la cession.

Comme conséquence de cette acquisition, le cessionnaire s'obligea à occuper les lieux du médecin antérieur moyennant 400 fr. par an. Celui-ci, à son tour, pour assurer le succès du nouveau docteur, s'engageait à le présenter à ses clients. Tout cela fut rédigé en un contrat de vente, à la date du 9 octobre 1845, avec stipulation de payer les 2,000 fr. à des époques déterminées, et, bien entendu, sans consulter au préalable les malades, qui devaient être les plus intéressés à connaître tous ces faits.

Aussi, qu'arriva-t-il quand M. Argentier se présenta au domicile des clients de M. Anquetin? Les uns lui répondaient qu'ils avaient fait choix d'un médecin; les autres, que M. Anquetin n'était plus le leur; enfin, plusieurs lui dirent que jamais M. Anquetin ne leur avait donné les soins de son ministère.

En présence de ces réponses, grand fut le désappointement du nouveau docteur, et, dès lors, il se refusa, premièrement, à payer aux échéances le prix convenu, et, en second lieu, il ne voulut pas prendre possession des lieux.

A l'audience du 26 février du tribunal civil de la Seine (3e chambre), Me Trinité a plaidé pour M. Anquetin, et Me Bussière pour M. Argentier.

Le tribunal, après en avoir délibéré :

« Attendu que la clientèle des médecins dépend de la confiance qu'ils inspirent et du choix que font d'eux les malades;

» Attendu qu'aux termes des articles 1126 et 1598 du Code civil, tout contrat doit avoir pour objet une chose qu'une partie s'oblige à donner, et, en outre, attendu qu'il faut que cet objet soit dans le commerce;

» Attendu que la confiance ne peut se donner et n'est pas dans le commerce;

» Attendu, en ce qui touche le bail, que les deux conventions sont simultanées; que l'une n'est que l'accessoire de l'autre, et que l'une n'existant plus, l'autre ne saurait exister davantage;

» Par ces motifs,

» Déclare nulle la vente susdite, et annule toutes les autres conventions. »

ARMÉE.—Par ordonnance royale du 25 décembre 1845, ont été nommés dans le cadre des officiers de santé militaires:

A trois emplois de chirurgien-major de 2e classe: MM. Woll, Moreau, Maigrot;

Chirurgien-major de 2e classe: M. Jourdheuil, au 61e de ligne.

— Par ordonnance royale du 26 février 1846, ont été nommés:

Chirurgiens-majors de 2e classe: M. Coblentz (Adolphe); Audiguier (Jean);

Chirurgiens-aides-majors de 2e classe: MM. Bertherand (Emile-Louis); Brainque (Armand-Jules-Hippolyte); de Compigny (Jules-Myrtil-Désiré), et Armieux (Louis-Léon-Cyrille).

— Une question de médecine vétérinaire fort importante pour la cavalerie et la race chevaline en France vient d'être mise au concours pour 1846 par M. le ministre de la guerre. La question dont la solution est demandée est celle-ci :

« Des maladies typhoïdes dans l'espèce chevaline, et spécialement sur les chevaux de l'armée; en connaître les causes; savoir si la maladie est épidémique; apprécier les méthodes expérimentées jusqu'à ce jour; indiquer de nouveaux moyens curatifs.

— On lit dans une dépêche de M. le contre-amiral Lainé, commandant la station navale devant Montevideo :

« M. PEISE, médecin en chef de notre escadre, a rendu des services éminents. »

— MM. LELOIRE, chirurgien-major de 2e classe au 1er chasseurs d'Afrique, et BECOEUR, chirurgien-aide-major de 2e classe au 4e chasseurs d'Afrique, sont cités avec distinction dans un récent rapport du maréchal Bugeaud.

Besançon. Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 13 fév., M. BRIOT, docteur en médecine, suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé chef des travaux anatomiques de cette école, en remplacement de M. Ordinaire appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur MALCUISANT est nommé suppléant près de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de la même ville.

Lyon. — Liste des médecins-vaccinateurs auxquels la Société de médecine de Lyon a décerné des médailles ou primes :

Une médaille d'or à M. le docteur Colrat, chirurgien en chef de l'hospice de la Charité de Lyon; une médaille d'or à M. le docteur Armand, de Denicé; une médaille d'argent à M. le docteur Robert, de Bessenay; *id.* à M. le docteur Duchesnes, de Givors; *id.* à M. le docteur Clément, de Beaujeu; *id.* à M. le docteur Cassetti, de Grézieux; *id.* à M. le docteur Guichanet, de Vaise.

Elle a en outre accordé des primes, de valeur proportionnée aux nombres des vaccinations qui ont été opérées :

A MM. les docteurs Colrat, de Lyon; Armand, de Denicé; Robert, de Bessenay; Duchesnes, de Givors; Clément, de Beaujeu; Cassetti, de Grézieux-la-Varenne; Guichanet, de Vaise; Baudrillonnet, de Saint-Georges-de-Reneins; Cornil, de Tarare; Finas, de Sainte-Consorce; Gasse, de St-Genis; Bousquet, d'Amplepuis; Chanel, de Tarare; Arribaud, de Condrieu; Malibrand, de St-Ram-

bert; Desbordes, de Brignais; Roux, de Fontaines; Guyenot, de Lyon; Ferrez, d'Oullins; Garnier, de Neuville; Chassagny, de Lyon; Carrière, de Saint-Just; Ygonin, de Lyon; Vaulpré, de Villefranche; Chardon, de Chasselay; Clémençon, des Brotteaux; Joly, de la Croix-Rousse; Teissier, de Lyon; ainsi qu'à madame Michel, sage-femme, à Villechenève, et à madame Frédières, *id.*, à Chambost.

Marseille. — Le conseil municipal de cette ville vient de voter une somme de 10,000 francs pour les dépenses du Congrès scientifique qui tiendra sa session dans cette ville le mois de septembre prochain. M. le docteur P.-M. Roux a été choisi pour son secrétaire général.

— M. Roux a été nommé pharmacien de l'Hôtel-Dieu de Marseille, en remplacement de M. Combaz, décédé.

— La petite vérole sévit en ce moment à Marseille avec une grande intensité. C'est principalement dans les hauteurs de la ville que l'épidémie se propage avec des symptômes graves. Les jeunes enfants à la mamelle, non vaccinés, en sont particulièrement atteints, et les sujets visités au début de la maladie ont presque tous présenté des convulsions épileptiformes qui ne laissaient pas d'inspirer des craintes sérieuses. On a vu quelques pustules rares se former sans fièvre sur des personnes portant les traces d'une bonne vaccine. (*Clinique de Marseille.*)

Montpellier. — Une société pharmaceutique d'émulation vient de s'organiser en cette ville, sous la présidence de M. F. Lutrand. Elle publie un journal dont il a déjà paru deux numéros cette année.

Rochefort. — M. le docteur Blache, professeur de thérapeutique à l'Ecole de médecine navale de Toulon, vient d'être nommé deuxième médecin en chef à Rochefort.

Strasbourg. — La chaire de physiologie est vacante en cette ville, par suite de la nomination de M. Boyer à la Faculté de Montpellier. L'époque du concours n'est pas encore fixée; M. le docteur Kuss, agrégé chef des travaux anatomiques, a été désigné, par M. le doyen, pour faire le cours de physiologie pendant le semestre d'été 1846.

Toulon.—M. le docteur Auban, professeur de chirurgie à Toulon, vient d'être promu au grade de premier chirurgien en chef de la marine royale.

Allemagne. — M. Justus Liebig, un des chimistes les plus distingués de notre époque, et dont nous avons souvent eu occasion de citer les travaux, vient d'être créé baron par le grand duc de Hesse-Darmstadt.

Angleterre.—Un chirurgien de l'hôpital de Westminster, M. Hale Thompson, vient d'être récemment accusé par ses élèves d'incapacité et comme opérateur et comme professeur. Deux plaintes ont été adressées à la commission des professeurs de l'hôpital de Westminster. Ceux-ci n'ont pas tenu compte de la première; mais à la seconde réclamation, signée de presque tous les élèves du docteur Thompson, ils ont cru une enquête nécessaire et ont nommé un sous-comité.

Le docteur Thompson s'est refusé à donner des éclaircissements sur plusieurs cas déjà fort anciens. La commission a pourtant débattu, en présence de témoins, les cas incriminés, et a discuté sur l'opportunité des opérations, et jusque sur les doses des médicaments administrés aux malades.

M. Fresneau a parlé avec fermeté et chaleur en faveur de M. Thompson, et, sur ses conclusions, l'assemblée générale a arrêté la résolution suivante : « D'après l'enquête qui a eu lieu, l'assemblée est d'avis qu'il n'existe aucun fait tendant à faire douter de l'habileté professionnelle du docteur Thompson. »

Etats-Romains. — La Société médico-chirurgicale de Ferrare met la question suivante au concours pour l'année 1846 : « Indiquer les symptômes, les caractères anatomiques, le diagnostic différentiel et le traitement de la syphilis tertiaire. »

Les mémoires, écrits en latin, en italien ou en français, devront être envoyés, suivant les formes académiques ordinaires, avant le 30 novembre 1846. Dans le cas où aucun des concurrents n'aurait suffisamment rempli le programme, une médaille d'argent sera décernée à celui qui s'en sera le plus rapproché.

Sardaigne. — Le roi de Sardaigne, à la suite d'un voyage fait récemment dans quelques-unes des grandes vallées des Alpes, a institué une commission, composée en grande partie de médecins, à l'effet de recueillir tous les documents relatifs au crétinisme. M. le docteur Cerise est nommé membre correspondant de cette commission qui siége à Turin.

Nécrologie.

L'Académie de médecine vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Virey.

— Le 7 janvier, est mort à Berlin le docteur Bernhard, l'un des hommes les plus savants de notre époque. Il avait parcouru toute l'Europe, et fait paraître un journal intitulé *la Peste*, contenant ses observations sur cette maladie qu'il s'était inoculée.

—Le docteur J.-J. Sachs, de Berlin, conseiller médical et redacteur de *l'Allgemeine Medicinische central Zeitung*, a succombé le 11 janvier dernier à une affection chronique du cerveau, dont les premiers symptômes s'étaient manifestés dès le mois de décembre 1844.

— Le docteur Paolo Assalini, un des chirurgiens les plus distingués qui suivirent Napoléon en Egypte, est mort à Naples dans le cours du mois de novembre.

Erratum. Dans notre numéro de février, page 70, au lieu de M. Boudon, médecin des épidémies à Clermont (Oise), lisez : M. Baudon, médecin des épidémies de l'arrondissement de Clermont (Oise).

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 5. — MAI 1846.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique médicale.

HÔTEL-DIEU.

Cours de clinique de M. le professeur Rostan. — Bronchite capillaire compliquée.

Le conflit qui s'était élevé entre la Faculté et le Conseil général des hôpitaux n'existe plus, au moins de fait. M. Orfila, doyen de la Faculté, a consenti à retirer sa démission de membre du Conseil, et M. le professeur Rostan est revenu reprendre sa chaire de clinique à la grande satisfaction des élèves.

Avant de rendre compte de la clinique de ce professeur et de donner un résumé de ses leçons, nous dirons deux mots de la méthode qu'il emploie pour former les élèves et traiter les malades.

Le *modus faciendi*, que l'on mentionne rarement quand l'on rend compte d'un cours de clinique, nous semble cependant présenter de l'intérêt, et devoir être décrit dans un journal quand il offre quelque particularité. Le médecin qui professe ou qui se prépare à le faire doit désirer connaître le mode d'enseignement d'un professeur qu'il n'a pu suivre, et le praticien qui s'est formé à une autre école peut tirer quelque profit des conseils et de la manière d'agir d'un professeur.

Le meilleur mode d'enseignement clinique, suivant M. Rostan, consiste à faire interroger les malades sous ses yeux par les élèves. Il est convaincu que pour devenir bon praticien il faut avant tout parfaitement interroger. Une bonne interrogation permet d'établir un bon diagnostic, et la précision de celui-ci est la meilleure base d'un bon traitement.

Sur une liste où sont venues s'inscrire toutes les personnes de bonne volonté (et, pour le dire en passant, cette liste après quelques jours seulement compte aujourd'hui 45 noms), M. Rostan désigne à tour de rôle un interrogateur. N'est-ce pas là un exercice utile et presque indispensable pour le jeune médecin qui, dans quelques mois, sera livré à lui-même en présence de son premier malade? Tout ici devient utile et pour l'interrogateur et pour les assistants; il n'est pas jusqu'aux fautes, jusqu'aux erreurs qui n'aient leur degré d'utilité; car le professeur est là en face qui met tout à profit. Il fait remarquer un phénomène oublié, la valeur d'une réponse; en un mot il dirige l'interrogation et ramène sur les traces de la maladie le jeune médecin qui s'en écarte, qui s'embarrasse ou se perd. Quelquefois l'élève arrive au but; parfois le professeur, qui ne connaît point le malade, est forcé pour abréger d'interroger lui-même. L'interrogation terminée, l'élève donne son diagnostic et les raisons sur lesquelles il s'appuie; il doit également résumer les indications thérapeutiques qui se présentent et indiquer le traitement qui lui semble préférable. Cette dernière partie soulève le plus souvent une controverse intéressante, car le professeur recueille les avis divers des personnes qui entourent le lit, et ces avis sont souvent l'exposé de tous les traitements possibles. Enfin le professeur prononce. Les jours suivants, le malade est suivi par son interrogateur; celui-ci en prend l'observation, rend compte au professeur des changements qui ont pu survenir et est appelé à donner son opinion. Quant aux inconvénients que l'on pourrait craindre d'un pareil examen, je n'en connais pas, je n'en ai jamais vu. Jamais, que je sache, les malades ne se sont plaints ni des réflexions que l'on faisait près d'eux, ni du nombre d'élèves qui les environnent. Bon nombre demandent à revenir et reviennent dans les salles pour de nouvelles maladies. Quelques-uns se plaignent quelquefois au contraire qu'on ne s'arrête pas aussi longtemps près de leur lit qu'au lit du voisin et semblent craindre qu'on ne leur porte pas autant d'intérêt.

Il nous reste à parler de la méthode suivie par M. Rostan dans l'interrogation elle-même; nous le ferons au commencement du prochain article et nous terminerons celui-ci par une observation de bronchite capillaire et les réflexions qu'elle a suggérées.

Obs. — *Bronchite capillaire compliquée d'emphysème; pneumonie partielle au premier degré à la partie postérieure et inférieure du poumon gauche; caillot adhérent et organisé dans le ventricule gauche.* — Le 7 avril, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, n° 33, une jeune fille âgée de 23 ans, domestique, née en Savoie et demeurant rue Saint-Denis. Depuis quelques années elle s'était aperçue de gêne dans la respiration quand elle montait les escaliers ou quand elle marchait vite. Il y a

sept jours, elle a été prise, sans cause connue, de rhume, de mal de tête et de frissons passagers qui sont revenus chaque jour. Les symptômes augmentant, la malade s'est décidée à venir à l'hôpital.

État de la malade à la visite du soir. — Forte constitution, tempérament sanguin, embonpoint, face colorée. La malade se plaint de la toux, de la gêne à respirer et de douleurs à l'épigastre quand elle tousse. Le thorax est développé; il semble plus bombé à droite qu'à gauche. Il y a un peu de dyspnée. La toux est fréquente; les crachats sont blancs et transparents. La percussion donne un son clair dans toute l'étendue de la poitrine en avant et en arrière. L'auscultation fait entendre des ronchus et des râles sibilants dans tout le côté gauche; à droite, ces râles existent également; ils sont entremêlés de râles muqueux à grosses bulles, et de quelques râles sous-muqueux ou à bulles plus fines pendant l'expiration. Les râles sonores sont plus forts à droite qu'à gauche et surtout à la partie supérieure et antérieure de la poitrine. Il y a 56 respirations. Le pouls bat cent trente-deux fois par minute; il est fort, résistant. Les bruits du cœur semblent normaux, autant qu'il est possible de les apprécier à travers les bruits du thorax. La langue est blanche, rosée à la pointe et sur les bords; bouche amère, soif, inappétence, pas d'envie de vomir; quelques selles liquides hier. Pas de céphalalgie. Il existe de la courbature, des brisements dans les membres, de l'insomnie. La peau est chaude, halitueuse. La malade a eu ses règles au début de la maladie; elles ont été moins abondantes. Elle n'a fait aucun traitement. Saignée de 500 grammes.

8 avril. Mêmes symptômes, pas d'amélioration, toux aussi fréquente, crachats plus abondants. La saignée est couenneuse; le caillot se relève sur les bords en forme de godet.

Diagnostic. Bronchite générale, capillaire. — Nouvelle saignée de 500 grammes; gomme sucrée 2 pots, julep simple; diète.

9 avril. On a fait une saignée hier soir. Les deux saignées sont couenneuses. Sonoréité dans toute la poitrine. Les râles sonores et sibilants sont généraux et très prononcées. Les râles muqueux sont moins forts. La malade se trouve moins gênée depuis ses saignées. Cent trente-quatre pulsations. Les crachats sont pituiteux, un peu muqueux et très abondants. La peau est chaude et moite: les pommettes sont colorées. Saignée de 400 grammes. Mêmes boissons. Diète.

10 avril. Légère amélioration. La saignée est couenneuse; les crachats sont abondants, un peu visqueux; pas de douleurs de côté, pas de matité; mêmes râles. Toujours de la difficulté à respirer. Cent vingt-huit pulsations. Vésicatoire sur la poitrine. Même prescription.

11 avril. Les crachats sont visqueux, abondants. Cent vingt-huit pulsations; quarante-huit respirations. La malade paraît plus faible. — Potion avec tartre stibié 0,40, etc.

12 avril. Pas de mieux sensible; les crachats sont adhérents au fond du vase et pituiteux à la surface. Pas de vomissements; deux selles liquides. — Même prescription.

13 avril. Il y a eu une épistaxis. Gêne plus grande de la respiration, injection du visage, ventre ballonné; pas de pétéchies, pas de vomissements. Trois selles diarrhéiques. Les bruits de la respiration masquent les bruits du cœur. Cent trente-six pulsations; quarante-huit respirations. — Saignée de 300 grammes; vésicatoire sur la poitrine. On suspend la potion stibiée.

14 avril. Le sang offre un caillot flottant au milieu d'une grande quantité de sérosité. Couenne inflammatoire épaisse, solide, relevée en cupule. Anxiété extrême, imminence de suffocation, pâleur de la face qui contraste avec la rougeur partielle des pommettes; cyanose des lèvres. Cent trente-deux pulsations petites, faibles, mais régulières soixante-dix respirations. — On soupçonne la stase de caillots dans le cœur. — Sinapismes aux jambes; deux vésicatoires aux cuisses. Même boisson.

15 avril. Même état d'anxiété, de suffocation: la nuit a été mauvaise; il y a eu une épistaxis; les crachats sont blancs, opaques, visqueux, comme purulents; ils sont en petit nombre et rendus avec beaucoup de peine, après une toux pénible et des efforts violents et prolongés. — 128 pulsations, 64 respirations. Julep simple avec 20 gouttes de teinture de digitale, etc.

16 avril. Aggravation des symptômes; la face est terreuse, cyanosée; les extrémités sont froides; on entend un râle à grosses bulles dans les deux poumons; il y a évidemment commencement d'asphyxie. Le pouls est petit, faible. — 154 pulsations, 64 respirations. — 2 sinapismes aux membres inférieurs; potion avec 0,10 de kermès et 20 gouttes d'éther.

17 avril. La face est toute décomposée; la peau est froide; les crachats sont comme purulents; le pouls est très petit, presque insensible; la respiration est haletante. — 2 vésicatoires aux mollets; potion vineuse avec extrait de quinquina.

La malade est morte le 18 avril.

Autopsie. Les poumons sont développés, présentant assez bien, surtout à droite et en avant, les caractères de l'emphysème; ils sont élastiques et reprennent leur volume après la pression. Les cellules sont dilatées; en les déprimant on déplace les bulles d'air; les poumons sont d'un beau rouge, parsemés çà et là de petites plaques et de petits points d'un rouge plus foncé; à la partie postérieure et inférieure du poumon gauche la coloration est plus foncée; elle est violacée; la fermeté du poumon est aussi plus grande dans cet endroit; il y a de l'engorgement et par places un commencement d'hépatisation. Quelques points plus fermes et plus compactes indiquent le passage du premier au second degré de la pneumonie; les bronches, fendues

avec soin, donnent une rougeur d'abord peu marquée dans les gros troncs et seulement dans les espaces des disques; mais en pénétrant dans les poumons cette rougeur augmente et devient très foncée; on voit s'écouler un liquide purulent et sanguinolent; la muqueuse est épaissie et doit obstruer le calibre des petites ramifications.

Le péricarde, ouvert, laisse apercevoir sur la séreuse du cœur des taches blanches, nacrées, traces d'ancienne péricardite; ces taches lactées sont formées de fausses membranes que l'on enlève assez facilement. On trouve dans les deux ventricules des caillots sanguins de texture différente. Dans le cœur droit, quelques-uns de ces caillots ne sont que du sang noir coagulé; d'autres caillots de même nature sont recouverts d'une couche inégale d'albumine blanc-jaunâtre; on en retire deux volumineux des deux veines caves. Dans le cœur gauche ils ont une tout autre consistance. un tout autre aspect. Dans le ventricule gauche on rencontre un caillot complètement adhérent aux parois; il occupe et remplit presque cette cavité; il est blanchâtre, couleur de chair exsangue : sa texture fibreuse est manifeste quand on le coupe suivant sa longueur. Les intestins grêles présentent une teinte rouge violacée trop uniforme pour ne pas l'attribuer à la macération cadavérique. On n'aperçoit aucune ulcération ni aucun gonflement des glandes de Peyer. Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

Réflexions de M. Rostan sur la bronchite capillaire et sur l'observation qui précède. —Les pièces d'anatomie pathologique que je viens de vous mettre sous les yeux doivent vous donner une idée assez exacte des lésions que l'on rencontre dans la bronchite capillaire; elles nous indiquent en même temps les maladies qui peuvent accompagner ou compliquer cette affection : l'emphysème, la pneumonie, les caillots ou polypes du cœur. Vous devez rapporter à la bronchite capillaire cette coloration rouge tachetée et pointillée du poumon à l'extérieur, coloration qui peut varier depuis le vermeil jusqu'au violet; cette résistance anormale qui tient à la densité de son tissu devenu imperméable en partie. Quand on coupe le poumon, tantôt le liquide qui s'en écoule est séro-sanguinolent, tantôt c'est un mucus et du sang, tantôt une matière purulente, suivant que l'inflammation est à un degré plus ou moins avancé. Les petites bronches et la muqueuse bronchique présentent le siége même de la maladie. La rougeur va en augmentant à mesure que l'on pénètre dans de plus petites ramifications : d'abord presque insensible et seulement par bandes près de la trachée, elle devient presque lie de vin au centre. La muqueuse des petites bronches a augmenté de volume et diminue le calibre des canaux, soit que cet épaississement tienne au tissu cellulaire sous-jacent, aux vaisseaux de la muqueuse gorgés de sang, ou à l'hypertrophie de la muqueuse elle-même; ces diverses opinions ont été émises.

Cet état anatomique du poumon ne peut être rapporté à la bronchite simple; car, dans la bronchite, ce sont les grosses bronches qui sont principalement malades, c'est leur muqueuse qui est augmentée de volume, boursouflée, ramollie, injectée d'un rouge uniforme ou par plaques : ces lésions se rencontrent plus particulièrement dans quelques grosses bronches, il est rare que toutes soient affectées au même point. Les lésions de la pneumonie au premier et au second degré diffèrent encore, puisque nous avons pu dans le cas actuel constater l'existence de cette maladie et vous décrire à part ce qui appartient à la pneumonie et à la bronchite capillaire. L'emphysème du poumon se reconnaît plus facilement encore; seulement il faut remarquer qu'il peut exister avec les lésions de la bronchite capillaire comme dans le cas actuel, et cela d'autant plus facilement que la bronchite capillaire survient facilement chez les emphysémateux et qu'elle peut même aider au développement de cette affection.

Les symptômes dans cette maladie peuvent être directs ou indirects, importants ou secondaires. La difficulté de respirer est un phénomène constant. Elle survient dès le début, et va croissant jusqu'à la mort si elle arrive. Cette dyspnée se fait principalement sentir dans l'inspiration, comme dans l'emphysème. Elle ne provient pas de la douleur qui s'oppose à la dilatation de la poitrine dans la pneumonie ou dans la pleurésie. On voit le malade faire tous ses efforts, mais ces efforts semblent insuffisants. De là, la fréquence de la respiration, comme pour suppléer à ce qu'elle a d'incomplet. Chez notre malade, elle était de 46,58 respirations par minute et elle a été jusqu'à 64.

La toux, qui peut au début simuler celle d'un simple rhume, éprouve différentes modifications suivant les phases de la maladie. D'abord sèche, brève, répétée, elle devient profonde, fatigante, suivie d'une expectoration plus ou moins pénible. Elle n'est ni bruyante ni saccadée comme dans le croup ou la coqueluche, ni rare ou douloureuse comme dans la pleurésie.

Les crachats, d'abord séreux, séro-muqueux, quelquefois assez abondants et recouverts d'une mousse blanche, ou visqueux et adhérents au vase, deviennent muqueux, épais, semi-purulents et rares. Ils ne contiennent pas de sang comme dans la pneumonie; ils n'ont plus cette même viscosité.

Il n'y a pas de douleur particulière dans cette affection dans l'un ou l'autre côté du thorax. Les malades se plaignent souvent de douleur entre les épaules, sous le sternum, à l'épigastre; elle tient surtout à la fréquence et aux efforts de toux; on ne retrouve plus ici le point de côté superficiel ou profond de la pleurésie ou de la pleuro-pneumonie.

Les signes les plus importants sont fournis

par l'auscultation et la percussion. La percussion donne un son clair dans toute la poitrine. Cette sonoréité, qui éloigne l'idée d'un épanchement, existe, il est vrai, dans l'emphysème, le catarrhe simple, elle peut même exister dans la pneumonie partielle, centrale; mais les phénomènes fébriles n'existent pas dans l'emphysème et le catarrhe simple, et il existe le plus souvent des crachats caractéristiques dans la pneumonie. L'auscultation sert puissamment à lever tous les doutes.

Les râles sont manifestes, bruyants, partout, en avant et en arrière, principalement les râles sibilants, sonores et muqueux que l'on entend simultanément. Ces râles présentent ici toutes leurs variétés. C'est le cliquetis d'une petite soupape, le cri de petits oiseaux, un sifflement plus ou moins aigu ou sonore; c'est un ronflement, le son d'une corde de basse, un roucoulement. Le râle muqueux est tantôt à grosses bulles, tantôt à petites bulles (râle sous-crépitant). Quelquefois même il existe dans un point un râle crépitant fin, de mousseline, comme le râle de la pneumonie; mais, au lieu d'apparaître dans l'inspiration comme dans cette maladie, on ne le perçoit que dans l'expiration. Il peut arriver que dans une partie du poumon on n'entende ni le murmure vésiculaire, ni aucun espèce de râle; Laennec nous a signalé ce fait qui n'est que momentané. Cette circonstance peut tenir à la présence de mucosités qui oblitèrent le calibre d'une bronche; en faisant tousser et cracher le malade, les mucosités sont expectorées et l'on entend l'air pénétrer dans le poumon.

Le pouls est fréquent, fort, résistant; il indique une maladie plus grave que la bronchite simple, plus inflammatoire que l'emphysème. La fréquence du pouls seule peut éveiller l'attention du médecin quand elle survient avec un simple catarrhe, car elle indique que la bronchite tend à se généraliser. Cet état du pouls s'accompagne d'un appareil fébrile prononcé; frissons, chaleur de la peau, rougeur de la face, céphalalgie. La langue est rouge, chargée à sa base; il y a de la soif; pas de vomissements.

La bronchite capillaire a une marche rapide. Si le mal fait des progrès, on voit les phénomènes inflammatoires augmenter d'intensité; le pouls s'accélère, la dyspnée augmente et jette le malade dans un état extrême d'anxiété. La peau se décolore et devient comme marbrée, les lèvres sont cyanosées, jaunâtres; tous les phénomènes de l'asphyxie se développent et viennent mettre fin à l'existence du malade. Si l'issue doit être heureuse, c'est après quatre à cinq jours que les symptômes s'amendent. Cette maladie est beaucoup plus dangereuse chez l'enfant que chez l'adulte, et, pendant qu'on compte six morts sur sept chez les premiers, il ne meurt guère parmi les adultes qu'un sur six.

Les complications peuvent, comme dans le cas actuel, modifier ce pronostic. L'emphysème qui existait a dû augmenter la dyspnée et hâter l'asphyxie. L'engorgement pneumonique survenu à la fin de la maladie était aussi une complication grave. Mais ce qui a déterminé la mort, ce sont les altérations trouvées dans les cavités du cœur, ces caillots sanguins dont quelques-uns présentaient une véritable organisation.

Le traitement que nous avons employé a été impuissant malgré toute son énergie. Nous avons pratiqué cinq saignées, appliqué des vésicatoires, donné le tartre stibié, le kermès, la digitale. c'est-à-dire presque tous les moyens indiqués dans cette maladie.

La saignée et les émissions sanguines locales ont été recommandées par les auteurs; mais les anciens comme la plupart des modernes veulent qu'on s'en serve avec modération : c'est l'opinion de Sydenham, de Stoll, d'Huxham, de Laennec et de M. Andral. Nous avons saigné largement, quatre fois en deux jours, sans obtenir un grand soulagement, mais vous savez pourquoi.

Les vomitifs ont été conseillés dans le traitement de la bronchite capillaire par quelques auteurs, au début, après les émissions sanguines, ou quand les phénomènes de réaction inflammatoire sont peu prononcés; nous les employons peu.

Le tartre stibié à haute dose, qui a été essayé dans toutes les affections aiguës du thorax, a aussi été employé inutilement contre cette maladie. M. de la Garde tira cette conclusion d'expériences faites dans le service de Laennec. Dernièrement on a de nouveau conseillé ce médicament sans tenir compte ni des expériences qui avaient été faites, ni des effets nuls qu'on en avait obtenus. Cette remarque s'applique également au rhumatisme articulaire aigu. Il est réellement étonnant qu'on prône contre une maladie un médicament qui a été essayé et dont on a publié l'inefficacité. Nous l'avons mis en usage chez notre malade contre l'engorgement pneumonique : vous avez vu qu'il n'a produit aucun résultat.

La digitale, que nous avons prescrite pour ralentir les battements du cœur, a peu d'action et nous en faisons peu de cas.

Les expectorants, le kermès, sont utiles pour dégorger les bronches, faciliter l'expulsion des crachats; mais ce sont des moyens secondaires qui seuls ne pourraient suffire.

Les révulsifs cutanés, les vésicatoires appliqués soit sur le thorax, soit aux extrémités inférieures, produisent quelquefois d'excellents effets, et ne doivent point être oubliés lorsqu'on a dominé l'inflammation et que les phénomènes locaux persistent, ou lorsque les émissions sanguines ne peuvent plus être employées et que la maladie reste stationnaire ou décroît trop lentement.

A. Martin-Lauzer,
Chef de clinique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Services de MM. Rayer, Cruveilhier et Fouquier.

Fièvre typhoïde avec ictère et dépôts charbonneux.

Cette forme de fièvre continue est extrêmement rare. Elle a cependant régné épidémiquement en Écosse, il y a quelques années, et a été décrite, à cause de cette circonstance, sous le nom de *fièvre d'Édimbourg*. M. Rayer, qui a fait une étude particulière de ce que les médecins anglais ont publié sur cette maladie, a cru pouvoir y rapporter un cas qui s'est présenté dernièrement dans son service, et qui est, d'ailleurs, le second de cette espèce qu'il ait eu occasion d'observer.

Obs. — Vers la fin de novembre 1845, est entrée une jeune femme, domestique de profession, avec les symptômes d'une fièvre typhoïde ordinaire. Dans le courant de la maladie qui n'avait offert jusque-là rien de bien susceptible d'attirer l'attention, il se manifesta un léger ictère; cet ictère dura quelques jours seulement et il ne resta que de la prostration à un degré assez élevé. La maladie semblait toutefois marcher vers la convalescence, lorsqu'à la suite d'un léger écart de régime, la malade retomba dans la stupeur et l'abattement avec retour de la fièvre, de la diarrhée et du délire. Ces symptômes cessèrent au bout de quelques jours; mais alors il se développa sur la fesse gauche un charbon gangréneux du volume du poing. On ne pouvait confondre cette tumeur avec les escharcs superficielles qui se développent quelquefois au sacrum des individus atteints de fièvre typhoïde; car le phlegmon gangréneux dont il s'agit ici était situé à la fesse, en un point où la malade n'appuyait pas. Ce phénomène a eu quelque chose de critique; car les symptômes propres à la fièvre typhoïde se sont dissipés; mais la malade n'a pas été pour cela dans une meilleure voie : il s'est formé autour de la tumeur un cercle inflammatoire et il a fallu lutter contre les conséquences de l'élimination d'une masse énorme de tissus gangrénés qui sont tombés sous forme de bourbillon et ont laissé à leur place une vaste caverne au fond de laquelle on voyait à nu les muscles fessiers. On a eu recours au quinquina, à la limonade vineuse, aux opiacés et, grâces à ces moyens, la malade a échappé à tous les accidents. Elle est sortie au bout de trois mois de séjour à l'hôpital, n'ayant plus qu'une petite plaie à la fesse; mais tout n'était cependant pas encore fini pour elle. Quelques jours après, la malade est rentrée, portant à la fesse droite et à la partie postérieure de la cuisse un érysipèle de mauvaise nature. Un émétique a été administré; et l'érysipèle est entré promptement en voie de résolution.

M. Rayer, qui a fait plusieurs recherches intéressantes sur la pathologie comparée et notamment sur la fièvre typhoïde des animaux domestiques (1), n'est pas loin de croire que l'affection observée chez cette femme a quelque analogie avec une maladie des bêtes à cornes décrite par Chabert sous le nom de *fièvre charbonneuse* ou de *charbon symptomatique* : le charbon ne paraît qu'à la suite d'un accès de fièvre plus ou moins long, avec dégoût pour les aliments, altération de la rumination, froid aux extrémités, douleurs lombaires; l'abdomen est tendu; le pouls est régulier; les évacuations urinaires et alvines sont supprimées.

Nous avons dit que le cas de la femme précitée est le second de cette variété de fièvre typhoïde que M. Rayer ait rencontré; le premier s'était terminé par la mort.

Cirrhose du foie; entérorrhée purulente; péritonite; autopsie.

La cirrhose est une maladie encore peu connue, d'un diagnostic très difficile; on pourrait presque l'appeler une création des anatomopathologistes qui d'ordinaire ne se reconnaît que sur le cadavre. C'est Laennec qui le premier l'a décrite : elle a depuis été l'objet de nombreux travaux de la part de MM. Boulland, Andral, Cruveilhier, Becquerel. Le professeur Corrigan, de Dublin, vient de publier le mémoire le plus récent que nous possédions sur cette matière. Malgré tous ces travaux, on ne peut pas encore dire que l'on possède une histoire exacte de la cirrhose, du moins sous le point de vue pratique, puisque pour le diagnostic on est encore obligé de conclure par voie d'exclusion, et que pour le traitement on en est toujours réduit à la médecine palliative, la maladie étant considérée comme incurable.

Voici un cas de cirrhose que vient de se présenter dans le service de M. Rayer :

Obs. — Une femme de 45 ans, de constitution moyenne, est entrée à la salle Saint-Vincent, au commencement de janvier dernier, portant un ictère et se plaignant de douleurs abdominales intenses, particulièrement dans la région du foie et de l'estomac. Tout ce qu'on a pu apprendre sur son état antérieur, c'est qu'elle éprouvait des douleurs hépatiques depuis plusieurs mois, tandis que l'ictère était fort récent. Cette femme offre l'expression de douleurs vives et prolongées. L'ictère est d'une teinte jaune-clair; la peau est luisante; les urines sont aussi légèrement ictériques. Il y a de l'inappétence; la langue est pâle. Les selles sont liquides et purulentes. Les douleurs sont si vives à l'hypochondre droit que la malade ne peut goûter aucun repos et ne tolère pas la moindre pression sur cette région. M. Rayer a pensé que l'on avait affaire à une affection du foie; quant à l'entérorrhée purulente, il l'a rapportée à une affection du colon. Pour ce qui était de la nature de l'affection hépatique, elle n'était pas aisée à déterminer. M.

(1) Voyez n° de juillet 1843; 11e année, 1er sem., p. 16.

Rayer a rappelé dans ses visites qu'il avait rencontré chez une femme un cas offrant quelque analogie avec celui-ci ; cette femme était morte presque subitement à la suite d'une hémorrhagie intestinale ; il avait trouvé, à l'autopsie, une perforation spontanée de la veine-porte dans le colon, probablement venue à la suite d'un travail ulcératif.

Pour en revenir au sujet de notre observation, on a employé les antiphlogistiques légers, les lavements émollients, les purgatifs, tout cela sans en obtenir le moindre avantage. Il est survenu une ascite, plus tard des symptômes de péritonite suraiguë caractérisée par des vomissements et des douleurs atroces à la partie supérieure de l'abdomen. Les selles purulentes ont continué jusqu'à la mort qui a eu lieu le 3 février.

Autopsie. — La cavité abdominale est remplie d'un liquide diaphane, de couleur jaune foncé, sans flocons ni fausses membranes ; voilà pour la péritonite qui a terminé la scène. Mais, outre cela, il existait une péritonite chronique dans la région sus-ombilicale ; elle se révèle par des tissus fibreux et par des fausses membranes qui unissent le diaphragme au foie et ce dernier avec le colon transverse. Les parois du colon sont épaissies ; on le trouve rempli d'un liquide épais, évidemment purulent, depuis le cœcum jusqu'au rectum. La membrane muqueuse est comme dans un état de macération prolongée ; on la trouve épaissie du double, boursouflée et néanmoins très résistante. Le tissu cellulaire sous-muqueux est considérablement injecté et parcouru par des vaisseaux artériels et veineux, nombreux et dilatés.

Le foie est à l'état qu'on a décrit sous le nom de cirrhose : il est atrophié, dur au toucher ; l'hypertrophie d'une partie de ses granulations lui donne un aspect granuleux ; sa teinte est grisâtre. L'atrophie a porté particulièrement sur le grand lobe qui est réduit au volume d'une pomme de reinette et offre en certains points de petites tubérosités. Le petit lobe ne paraît pas avoir diminué sensiblement en surface ; cependant il est moins épais qu'à l'état normal. La substance du foie est d'ailleurs compacte et dure au toucher. Elle résiste fortement à la section, à sa surface surtout, la capsule de Glisson paraissant épaissie et indurée. Le tissu hépatique n'offre point la couleur jaune de cire que l'on assigne généralement à la lésion anatomique caractéristique de la cirrhose. Quoique imbibé de bile jaune, il est généralement grisâtre. Les granulations du foie très rapprochées entre elles et atrophiées ont le volume de graines de chènevis. Vésicule cystique petite et contenant une bile verdâtre. Les autres viscères sont à l'état sain.

On voit, d'après les détails de cette autopsie, que la cirrhose est un vice de nutrition particulier au foie, et non pas une production morbide comme le tubercule ou le cancer. Cette maladie est le plus souvent latente à son début, et c'est ce qui explique le défaut de renseignements chez la malade. Cette femme a toutefois présenté des particularités qui ne se rencontrent pas dans les cas ordinaires : ce sont d'abord les douleurs dans l'hypochondre ; on ne les observe guère que lorsque la cirrhose suit une marche aiguë, et c'est, en effet, ce qui paraît avoir eu lieu chez elle. En second lieu, un ictère aussi franchement développé que celui de cette femme est encore quelque chose d'assez rare. Les malades atteints de cirrhose offrent plutôt une pâleur terreuse qu'une véritable jaunisse. Ces deux caractères réunis ensemble, la douleur de l'hypochondre et l'ictère, étaient de nature à rendre le diagnostic des plus difficiles ; car ils tendaient à faire croire à une hépatite. Les diarrhées purulentes ne pouvaient qu'achever de le dérouter, d'autant plus qu'elles n'appartiennent point en propre à la cirrhose.

Un seul caractère lui appartient en propre : c'est l'ascite ; mais comme il n'appartient pas qu'à elle seule, sa valeur diagnostique n'est pas d'un grand poids. Il est bon de se rappeler, toutefois, que l'ascite, suivant l'expression d'un pathologiste distingué, suit la cirrhose comme l'ombre suit le corps. C'est qu'en effet l'altération anatomique qui constitue cette maladie apporte un tel obstacle à la circulation hépatique qu'il en doit nécessairement résulter une hydropisie. En s'exerçant sur ces données, si l'on parvient à constater par la percussion la diminution du volume du foie, on pourra, en agissant surtout par voie d'exclusion, dans quelques circonstances, arriver au diagnostic. Il ne faut cependant pas croire que l'atrophie, et par conséquent la diminution du volume du foie, soit le résultat anatomique inévitable de la cirrhose. M. Requin a publié dans ses *Éléments de pathologie médicale* l'extrait d'une observation de cirrhose avec hyperthophie générale du foie. Chez le sujet de cette observation, le diagnostic flottait entre une hépatite chronique et la cirrhose ; mais, d'après ce que les auteurs disent de cette dernière, il fallait nécessairement en exclure cette dernière ; car le foie paraissait énorme à la plus simple inspection, et, en effet, à l'autopsie, il se trouva peser trois kilogrammes et trente grammes. Néanmoins la cirrhose était des plus complètes : la substance jaune était hypertrophiée, tandis que la substance rouge avait presque entièrement disparu.

Il en est de la cirrhose comme de quelques affections chroniques, ainsi qu'elle récemment décrites et encore peu connues dans leur marche, telles que la néphrite albumineuse et le diabète sucré, qui ne paraissent pas à l'état simple devoir se terminer par la mort, et qui cependant y mènent presque inévitablement par le fait de quelque explosion pathologique inattendue qui vient terminer la scène. La cirrhose n'est bien souvent elle-même qu'une complication le plus souvent d'une affection organique du cœur ; assez ordinairement aussi elle existe conjointement avec la néphrite albumineuse sans que l'on puisse décider laquelle des

deux lésions, celle du foie ou celle du rein, a précédé l'autre. M. Corrigan, frappé probabement de cette coïncidence et de l'aspect atrophié du rein dans certaines formes de la maladie rénale de Bright, a admis une sorte de cirrhose rénale, analogue à celle du foie et beaucoup plus grave que l'autre forme de néphrite qu'il appelle hypertrophique (1). Le temps seul décidera de la justesse de ces analogies. Enfin, lorsque la cirrhose paraît idiopathique, comme chez notre malade, la mort survient, d'ordinaire, par l'effet de quelque maladie intercurrente : le plus souvent c'est la pneumonie. Dans l'observation que nous avons rapportée, la malade a été emportée par une péritonite, chronique d'abord, puis subaiguë, et par une phlegmasie du gros intestin.

En définitive, la cirrhose est, de toutes les maladies récemment découvertes, celle dont l'histoire est le moins avancée et qui appelle le plus les études des praticiens.

De l'arrêt du décroissement normal de l'utérus dans les métro-péritonites.

A l'occasion des métro-péritonites qui ont régné épidémiquement dans les hôpitaux de Paris pendant les mois de janvier et de février, dont nous avons parlé dans notre n° de ce février, M. Rayer a repris l'étude de la loi relative au décroissement normal de l'utérus après l'accouchement naturel. On sait que lorsque les couches ont été heureuses, l'utérus est rentré dans l'excavation pelvienne à compter du neuvième ou du dixième jour. Or, d'après les recherches faites dans son propre service, M. Rayer croit pouvoir établir que toutes les fois qu'une métrite ou une métro-péritonite se déclare, trois ou quatre jours après l'accouchement, la marche décroissante de l'utérus se trouve arrêtée; on sent que cet organe remplit le ventre jusqu'à la hauteur de l'ombilic, et cet état passif peut persister un ou deux mois sans qu'il se manifeste pour cela d'hémorrhagie, comme cela ne pourrait manquer d'avoir lieu dans toute autre circonstance. Lorsque les accidents puerpéraux se sont dissipés l'utérus recommence à se rétracter et son travail de décroissement suit une marche rapide. Aussi le retour de l'organe dans la cavité pelvienne peut-il être considéré comme une terminaison heureuse de la phlegmasie.

Arthrocace cervicale ; paralysie du membre thoracique gauche ; guérison complète sans ankylose.

M. le professeur Cruveilhier fait une étude particulière des affections paralytiques depuis qu'un service de maladies de ce genre lui a été confié à la Salpêtrière. Il y a toujours des paralytiques dans son service de la Charité, ces malades lui étant particulièrement adressés du bureau central. Voici un cas de paralysie dépendant d'une cause bien difficile à surmonter et dont la guérison prouve qu'il ne faut jamais désespérer de ces affections lorsqu'on peut les attaquer à leur début :

Obs. — Un jeune homme d'une vingtaine d'années, d'une constitution assez forte, mais d'un tempérament lymphatique, tourneur en métaux, est entré dans le service de M. Cruveilhier pour une affection des premières vertèbres cervicales avec des symptômes de paralysie des membres supérieurs. Il a fait un séjour de deux ans dans le service de M. Lugol, à l'hôpital Saint-Louis, pour une affection scrofuleuse caractérisée par des abcès multiples en divers points du corps, mais particulièrement au devant du sternum et au dos. Les cicatrices sont au nombre de plus de vingt et l'adhérence aux côtes de quelques-unes d'entre elles porte à supposer qu'il y a eu des caries de ces os. Pendant son long séjour à Saint-Louis ce malade a été à diverses reprises soumis à l'emploi des préparations iodées sous diverses formes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Ce malade est sorti il y a un an à peu près guéri et il a continué de se bien porter pendant quelque temps, quoiqu'il eût encore un abcès froid en suppuration sur l'une des parois de la poitrine. Il a été ensuite pris de douleurs en apparence articulaires aux membres supérieurs, avec gonflement et rougeur des poignets. Plus tard il s'est manifesté à la nuque une douleur sourde qui a été traitée en ville comme étant de nature rhumatismale. Mais la douleur ayant persisté et le cou s'étant raidi, le malade, qui ne pouvait plus travailler, est entré à l'hôpital.

A son arrivée, ce malade ne présente pas de trouble sensible des fonctions assimilatrices ; l'embonpoint s'est bien conservé. Le malade ne se plaint que d'une raideur douloureuse de la nuque ; les mouvements de latéralité de la tête sur le cou sont abolis, et le malade est obligé de tourner le tronc tout entier pour voir de côté. En exerçant le toucher dans la fosse sous-occipitale, on y trouve une tumeur, du volume d'un petit œuf, douloureuse à la pression, et siégeant évidemment à l'atlas et à l'axis. Au côté gauche de cette tumeur on constate une sorte d'engorgement. Voilà pour les symptômes locaux. Les phénomènes généraux témoignent aussi de la gravité de la lésion vertébrale. Il y a des fourmillements dans les deux membres thoraciques, mais particulièrement dans le gauche ; les fourmillements sont plus sensibles aux doigts que dans la continuité des membres. Le malade ne peut ramasser les objets d'un très petit volume, et ceux d'un volume assez considérable, tels que le couteau, la cuiller, la lime de son atelier, lui échappent continuellement des mains. Les membres ont cependant conservé toute leur mobilité et la force y a peu diminué. Au début, il y a eu des tressaillements dans les mains, des douleurs dans les bras et des constrictions douloureuses aux épaules. La respiration et la déglutition se sont toujours exécutées librement,

(1) Voy. dans notre n° de juillet 1845, page 36, l'extrait du travail du professeur de Dublin.

M. Cruveilhier a diagnostiqué une vertébrite articulaire cervicale tendant à dégénérer en ce que les chirurgiens appellent tumeur blanche et comprimant la moelle épinière. Il a porté un pronostic très grave.

Voici le traitement qui a été mis en pratique. Six cautères ont été tour à tour appliqués sur la tumeur. Autour d'elle on a ensuite fait des applications sans cesse répétées de petits vésicatoires volants dans les espaces laissés libres par les cautères et autour d'eux. Le malade a été tenu au repos au lit, tenu bien chaudement ; son régime alimentaire a été substantiel. M. Cruveilhier ne fait pas grand cas de l'iode dans ces circonstances ; il préfère le sirop de Portal, qu'il administre ordinairement chez les sujets affaiblis ; ce malade en a pris tous les jours.

Au bout du premier mois de traitement, l'état du malade s'est notablement amélioré; les mouvements de latéralité du cou se sont rétablis petit à petit, en même temps que la douleur sourde dont la tumeur cervicale était le siége s'affaiblissait et finissait par disparaître. L'empâtement situé au côté gauche de la tumeur s'est dissipé. Les symptômes de paralysie tactile et les fourmillements se sont également évanouis. Après un second mois de séjour à l'hôpital, la guérison a paru si complète que le malade est sorti dans un état de santé parfaitement satisfaisant.

— Il y a encore dans les salles de M. Cruveilhier une jeune fille de douze ans atteinte également d'une arthrocace cervicale. Lors de son arrivée, il y a six mois, la mort paraissait imminente. La tumeur sous-occipitale était large comme la main. Il y avait hémiplégie à droite. La paralysie du sentiment était telle dans le membre qu'on eût pu l'amputer sans que la malade en perçut la sensation. Lui élevait-on le bras en l'air, ses yeux étant bandés, elle ne savait plus le retrouver de l'autre main. On a fait le même traitement que chez le malade précédent, et quoique la guérison soit encore loin d'être assurée, il y a eu une amélioration qui encourage M. Cruveilhier à continuer avec persévérance l'emploi des mêmes moyens. L'hémiplégie a diminué ; le sentiment et le mouvement sont revenus ; la malade peut se servir un peu de son bras droit et de sa main ; elle marche ; elle mange avec appétit, prend des forces et de l'embonpoint ; mais le bras gauche s'est paralysé à son tour, quoiqu'à un moindre degré. La tumeur persiste encore ; le cou est toujours raide. Néanmoins M. Cruveilhier ne désespère pas d'obtenir la résolution de la tumeur, ou du moins la guérison par ankylose.

Rhumatisme articulaire aigu ; traitement par le sulfate de quinine.

M. le professeur Fouquier emploie fréquemment le sulfate de quinine à haute dose contre le rhumatisme articulaire. Il ne l'emploie pas indistinctement contre toutes les formes de cette affection ; il le réserve particulièrement pour les cas où les malades éprouvent les sueurs accablantes qui ne soulagent pas les malades et qui ne permettent pas l'emploi des sudorifiques. Il pense que, dans ces circonstances, les saignées trop abondamment répétées ne font qu'affaiblir les malades et les rendre plus susceptibles à l'impression du froid. M. Fouquier n'exclut cependant pas l'emploi des saignées, et il a l'habitude d'en pratiquer une ou deux avant d'administrer le sulfate de quinine dans les rhumatismes articulaires intenses. Nous n'avons pas encore assez vu employer cette méthode dans son service pour savoir à quoi nous en tenir sur sa valeur. Nous ne croyons pas qu'elle puisse, aussi bien que les saignées largement employées, prévenir les résultats des complications du côté du cœur. Voici toutefois un cas dans lequel, en l'absence de ces dernières, le sulfate de quinine a paru agir efficacement sur le rhumatisme lui-même.

Obs. — Un jeune homme de 25 ans est entré récemment dans la salle Saint-Charles, pour un rhumatisme articulaire, datant de quelques jours. La maladie avait débuté par du frisson, puis par des douleurs. Celles-ci occupaient à la fois les épaules, les coudes, les poignets et les genoux. Il y avait de la rougeur et du gonflement aux poignets ; le tout était accompagné d'une fièvre intense sans rémittence sensible, et de sueurs abondantes.

Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, on lui pratiqua une saignée de 200 grammes. Le lendemain la saignée fut répétée et on retira 350 grammes de sang. La fièvre diminua alors, mais très légèrement, et les douleurs persistaient tout aussi vives. Alors, on administra le soir 1 gramme de sulfate de quinine.

Le surlendemain, aucun changement ne s'étant manifesté, on administra 2 grammes de sulfate de quinine.

Le quatrième jour, les douleurs ont considérablement diminué ; le pouls est descendu de 100, où il était les premiers jours, à 76 ; on continue le sulfate de quinine à la même dose.

Le cinquième jour, l'amélioration continue ; les douleurs ont encore diminué et il n'y a plus aucune fièvre. On donne un gramme et demi de sulfate de quinine.

Le sixième jour, il n'y a plus que de légères douleurs aux épaules. Le sulfate de quinine n'est plus administré qu'à la dose d'un gramme.

Le septième jour, plus de douleurs. Le sulfate de quinine est encore continué trois jours, mais à une dose successivement décroissante. Le malade est complètement guéri quelques jours après.

Dans une des prochaines revues des journaux, nous donnerons ce qu'on rapporte des succès que M. Briquet obtient de cette méthode à l'hôpital Cochin.

II. Clinique chirurgicale.

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE.—M. TANCHOU.

De la cautérisation par le nitrate d'argent dans certaines affections de la vulve et du méat urinaire.

Disons tout d'abord que nous n'avons pas eu pour but dans ce travail de nous occuper des affections si nombreuses et si variées dont les muqueuses vaginale et utérine peuvent être le siége. Ces affections ont depuis quelques années acquis une si grande importance, elles ont été, de la part d'hommes si éminents d'ailleurs, l'objet de tant de recherches et de tant d'écrits, que nous aurions peu de chose à en dire qui n'ait été dit déjà. Encore moins pourrions-nous donner la cautérisation comme un *nouveau* moyen de traitement. La cautérisation est un moyen dont on a, sous toutes les formes, beaucoup usé et même, dirons-nous, un peu abusé; aussi n'aborderons-nous pas ce sujet, selon nous épuisé; nous nous occuperons d'un point encore inexploré; car l'affection dont nous allons nous occuper, si quelques-uns l'ont vue, personne au moins que nous sachions ne l'a décrite; c'est ce que nous allons essayer de faire pour indiquer ensuite le traitement qui nous a toujours réussi. Disons d'abord en quoi consiste l'affection qui nous occupe.

Pour peu qu'on s'occupe des maladies des femmes, il n'est pas rare, et cela est au contraire très fréquent au dispensaire, qu'on soit consulté pour une incommodité qui se change bientôt pour les malades en une souffrance assez vive et quelquefois insupportable. Les malades se plaignent d'un sentiment de tension à la vulve, avec démangeaison plus ou moins vive; elles accusent un sentiment de chaleur, se plaignent d'envies, d'un sentiment de constriction pénible et d'une cuisson souvent très vive.

Après qu'on s'est assuré qu'il n'y a rien du côté de la vessie, on touche et on examine au spéculum. On verra plus bas que le toucher ne peut rien nous apprendre. Quant au spéculum, voici ce qui arrive : de deux choses l'une : ou il y a une affection de la muqueuse du vagin ou de l'utérus, ou cette membrane est dans son état normal. Dans le premier cas, et c'est le plus fréquent, l'attention se porte sur l'affection que la spéculum nous a révélée, on dirige ses moyens d'action en conséquence, et on s'en rend maître, je suppose. On guérit donc un mal; mais on est passé à côté d'un autre, et la preuve c'est que la malade se plaint comme auparavant et accuse à peu près les mêmes douleurs.

Dans le second cas, c'est-à-dire s'il n'y a pas coïncidence d'une affection de la muqueuse vaginale ou utérine, on ne voit rien, le mal échappe encore. On met les symptômes sur le compte d'une irritation vague vers les parties génitales ou les voies urinaires. On a recours aux moyens généraux, tels que des bains, une tisane rafraîchissante, on prescrit des bains de siége, des cataplasmes émollients, un régime convenable, etc. Disons tout de suite que ces moyens sont inefficaces. Enfin, après d'autres tâtonnements inutiles, on examine et l'on trouve facilement si on est averti, par hasard si on ne l'est pas, la muqueuse qui tapisse les grandes lèvres un peu plus colorée que dans l'état ordinaire, surtout vers leur partie inférieure; quelquefois cette muqueuse est rouge par plaques qu'il ne faut pas confondre avec une espèce de *marbrure* qui est l'état normal chez les femmes d'un certain âge; parfois même on y remontre quelques rares ulcérations superficielles, mais ceci n'a lieu que lorsque l'affection est déjà ancienne. Cette coloration de la muqueuse dont le cercle, surtout au début, est beaucoup plus rétréci, augmente à mesure qu'on va de la périphérie au centre, jusqu'au méat urinaire, où elle prend une teinte foncée et comme vineuse. Elle semble se continuer dans l'urèthre où elle s'enfonce seulement de quelques lignes en subissant la dégradation observée dans la vulve, de sorte que le méat urinaire est le petit foyer d'où semble rayonner l'inflammation qui diminue et s'éteint à mesure qu'elle s'éloigne de son point de départ. Le pourtour du canal de l'urèthre est rugueux et comme frangé, surtout si la maladie dure depuis quelque temps, indépendamment des granulations plus ou moins saillantes qu'on y rencontre, mais en ce point seulement, et pourtant aussi dans l'intérieur même du canal, très près de son orifice externe; on pense bien que ces granulations ne se rencontrent que lorsque l'affection est déjà ancienne. Terminons cette description par une remarque de M. Tanchou : c'est que quel que soit le degré de rougeur et d'inflammation, qu'il y ait ou non des granulations, nous n'avons jamais rencontré d'*écoulement*, pas même de suintement d'aucune espèce. Serait-ce parce que le point enflammé est trop limité? Mais ne sait-on pas que dans les uréthrites, chez l'homme, l'inflammation de la fosse naviculaire suffit pour produire un abondant écoulement de pus? ou bien est-ce que l'écoulement, peu abondant d'une part, à cause du peu d'étendue des surfaces, et de l'autre diaphane ou semi-diaphane, comme on le voit dans les inflammations légères du vagin, se vaporiserait à mesure de sa formation au contact de l'air et à cause de la chaleur locale, ce qui ne peut avoir lieu dans le vagin à cause de la disposition des parties? Quoi qu'il en soit, faisant bon marché de l'explication et restant dans le fait, répétons : Il n'y a pas d'écoulement. Ajoutons à cette description les signes commémoratifs dont nous avons parlé en commençant, et on aura un tableau fidèle de cette affection que sans doute beaucoup ont vue, que quelques-uns ont remarquée, mais que personne, à notre connaissance, n'avait encore décrite.

Venons au traitement, qui n'est pas d'une

petite importance; car l'affection dont nous parlons est d'une ténacité extrême et toujours rebelle aux moyens que sa nature inflammatoire semble indiquer. Nous avons entendu M. le professeur Trousseau (il est de ceux qui l'ont remarquée) dire dans son cours que cette incommodité faisait le désespoir des femmes, et nous pouvons ajouter celui des médecins; car, outre qu'elle met en défaut leur perspicacité, elle déjoue leurs moyens, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

La nature apparente de la maladie semblait indiquer la voie à suivre; aussi M. Tanchou lui-même a-t-il, au commencement de sa pratique, eu recours aux antiphlogistiques. Ainsi: bains généraux, tisanes délayantes, cataplasmes, applications de sangsues, etc., etc. Mais tous ces moyens étant inutiles, il changea sa manière de faire, il eut recours au moyen dont nous allons bientôt parler.

M. le professeur Trousseau recommande 15 grammes de poivre cubèbe en infusion dans 500 grammes d'eau à boire dans la journée. Cette médication, dont le savant professeur dit avoir retiré d'excellents effets, n'a pas répondu à nos espérances. Ce moyen était donc insuffisant. D'autre part, cette inflammation qui résistait aux antiphlogistiques, ses maîtres naturels, avait donc quelque chose de particulier, de spécial; et, par une analogie frappante avec ces inflammations granuleuses de la conjonctive, rebelles à tout et domptées seulement par le crayon de nitrate d'argent, on eut recours à ce caustique. Le remède fut héroïque et le succès complet et constant. M. Tanchou crayonne les parties malades et enfonce le lingot dans l'urèthre. Il en résulte une douleur assez vive d'abord, mais de peu de durée. Deux ou trois cautérisations suffisent; ce n'est que dans des cas déjà anciens qu'un plus grand nombre sont nécessaires pour obtenir la guérison des malades.

Je pourrais rapporter bon nombre d'observations; je me borne à trois, choisies comme types de périodes bien tranchées de la maladie.

Obs. 1.— Anne C..., 28 ans, cuisinière, vient au dispensaire le 14 septembre 1845; elle se plaint d'envies fréquentes d'uriner, de démangeaisons fréquentes, d'un peu de cuisson après la miction qui se termine par gouttes.

A l'examen, rien du côté du vagin, on reconnaît l'affection. Bains, tisane de chiendent miellée, puis application de douze sangsues à la vulve; continuer les moyens généraux; point d'amélioration; cautérisée au crayon de nitrate d'argent le 12e jour; le surlendemain, mieux marqué, nouvelle cautérisation, elle a suffi pour faire disparaître tous les symptômes. Il y avait chez cette malade une rougeur peu étendue; elle ne souffrait que depuis quelques jours (1re période).

Obs. 2.—Madeleine P..., 23 ans, lingère; même signes commémoratifs; la rougeur est plus étendue, comme violacée au centre; le pourtour de l'orifice externe de l'urèthre est frangé; point de granulations.

Même insuccès des antiphlogistiques; trois cautérisations à un jour d'intervalle; guérison (2e période).

Obs. 3. — Fanny S., couturière, 24 ans, pâle, lymphatique, est atteinte de la même affection, mais à un plus haut degré; quelques ulcérations superficielles aux grandes lèvres, granulations au pourtour et aux bords du méat; de plus, écoulement vaginal assez abondant.

Deux prises par jour de sous-carbonate de fer et de quinquina āā 0,10 centigr.; régime substantiel; pansement tous les deux jours avec la poudre de tan; au bout de quinze jours les forces étaient remontées, l'écoulement était tari. L'affection vulvaire était comme auparavant: alors, antiphlogistiques moins les sangsues, point de résultat; cinq cautérisations; les granulations ont disparu; la malade est guérie.

Ces trois malades n'ont pas été perdues de vue: la guérison est parfaite.

Nous n'avons pas cru devoir multiplier les observations, afin d'éviter les répétitions; mais des trois qui précèdent on peut conclure à l'efficacité de la cautérisation par le nitrate d'argent dans une affection qui n'est peut-être ni nouvelle ni inconnue, mais dont la description, qui manquait jusqu'à présent, sera, nous osons l'espérer, de quelque utilité pratique.

J. Soulèce.

MÉDECINE PRATIQUE.

III. Dilatation du cœur avec altération des orifices. — Anévrysme de l'aorte.

L'observation suivante a présenté de l'intérêt sous le point de vue du diagnostic, souvent si difficile, des maladies du cœur.

Un homme âgé de 53 ans, manouvrier, entre dans un service de l'Hôtel-Dieu. Cet homme est d'un tempérament sanguin et d'une constitution dont on peut apprécier la force primitive, malgré une détérioration déjà évidente.

Il nous dit avoir fait, il y a trois mois, une chute de la hauteur de 20 pieds, à la suite de laquelle il perdit connaissance. Jusque-là il se serait toujours bien porté et n'aurait jamais eu l'haleine courte; mais dès ce moment il remarqua une diminution notable dans ses forces, et sa respiration devint de plus en plus courte.

L'examen du malade nous présente l'état suivant: orthopnée, contraction énergique des muscles de la respiration, dilatation, appréciable à chaque

contraction du cœur, des artères carotides et sous-clavières ; les veines sont elles-mêmes un peu dilatées, mais ne sont pas le siége du phénomène connu sous le nom de pouls veineux. Œdème aux membres inférieurs. La voix n'est pas sensiblement altérée dans son timbre ni dans sa force.

Le malade tousse beaucoup ; il expectore quelques crachats muqueux. A l'exploration de la poitrine, la percussion donne en arrière moins de sonorité à droite qu'à gauche dans la moitié inférieure ; dans ce même sens, l'auscultation fait entendre une respiration assez forte dans la fosse sous-épineuse, et, à partir de celle-ci, du râle crépitant, à bulles d'autant plus grosses qu'on descend vers les parties inférieures.

A droite, la respiration est plus pure dans la moitié supérieure que dans la moitié inférieure, où le râle crépitant existe, mais moins abondant qu'à gauche.

Examinée en avant, la poitrine est un peu bombée, les creux sous-claviculaires sont peu marqués ; le son est normal à la percussion, et la respiration est pure à l'auscultation.

92 pulsations petites, assez pleines et lentes, aux artères radiales ; un peu vibrantes à l'artère crurale et aux carotides.

L'exploration particulière de la région précordiale donne à la percussion :

13 centimètres de matité de haut en bas ; 11 centimètres transversalement.

La matité commence environ à 9 centimètres au-dessous de la clavicule.

La région précordiale est ébranlée dans une grande étendue par un choc unique ; son maximum d'intensité, au lieu d'être à gauche, se fait sentir à l'épigastre au-dessous de l'appendice xyphoïde.

En auscultant sur la partie moyenne du sternum au niveau de la base du cœur, on entend un double bruit de souffle, et ces deux bruits se suivent si rapidement qu'ils paraissent n'en former qu'un seul ; mais on les distingue suffisamment l'un de l'autre par leur timbre : ainsi le premier est râpeux, le second est un souffle assez clair ; ces deux bruits se transmettent de haut en bas et de bas en haut à une assez grande distance, mais le second à une plus grande distance que le premier.

Si au contraire on vient à ausculter vers la pointe du cœur, on entend les deux bruits avec le caractère dit valvulaire, mais très sourds et un peu masqués par les bruits de souffle de la base. Il en est de même de l'épigastre, mais avec cette circonstance que le deuxième bruit de souffle s'y fait entendre encore distinctement.

On a observé depuis hier plusieurs vomissements ; les nuits sont fort agitées, sans sommeil. — Les membres abdominaux sont œdématiés.

Traitement. — Julep avec belladone et cynoglosse ; sinapismes aux membres inférieurs. Ces moyens et beaucoup d'autres employés les jours suivants ne peuvent modérer l'intensité croissante des symptômes ; cependant il n'est pas survenu dans les poumons de nouveaux changements qui puissent l'expliquer. La cause du mal paraît résider presque exclusivement dans l'organe central de la circulation.

27. La dyspnée est devenue excessive ; le malade ne sait plus quelle position prendre ; il a eu cette nuit plusieurs vomissements qu'il attribue à son julep belladoné ; les membres sont extraordinairement gonflés et œdématiés.

28. Persistance de la dyspnée et des autres symptômes.

Peu de temps après la visite, le malade s'est précipité sur un morceau de pain assez volumineux que tenait un de ses voisins ; il l'a porté à sa bouche en essayant de l'avaler tout d'une fois, mais presque aussitôt il a été asphyxié.

L'individu, examiné une heure après la mort, offre les traits de la face vivement contractés ; la couleur de celle-ci livide, presque bleuâtre ; les mâchoires fortement serrées l'une et l'autre sur un énorme morceau de pain qui sortait de la bouche d'environ 9 centimètres.

Autopsie. — Il a fallu exercer une traction assez forte pour avoir ce morceau de pain, dont une portion est restée dans la bouche ; l'arrière-gorge est remplie de matières molles à peine mâchées ; rien dans l'œsophage ; on trouve de cette matière molle sur les cordes vocales, dans les ventricules du larynx et jusque dans la trachée.

L'estomac contient des matières vertes assez semblables à celles qui ont été vomies ; la membrane muqueuse, au niveau du grand cul-de-sac, est un peu ramollie ; point d'épanchement dans les plèvres ; poumons engoués et légèrement œdémateux à leur partie postérieure : le foie n'offre rien d'anormal ; le rein droit est plus volumineux que le gauche, son tissu est d'une dureté exagérée et d'un jaune qui se rapproche assez bien de la couleur de la cire ; le cœur offre un volume qui peut équivaloir au double de celui qu'il présente chez un adulte ; sa forme est plus globuleuse que de coutume, sa pointe est presque complètement effacée.

Le péricarde, exempt d'adhérences, présente sur la face libre de son feuillet viscéral plusieurs plaques blanchâtres, laiteuses, lisses ; la plus volumineuse, qui correspond à la face antérieure du ventricule droit, a la dimension d'une pièce de 30 sous.

La capacité du ventricule gauche est telle qu'elle logerait presque le poing d'un adulte ; sa paroi offre, dans sa plus grande épaisseur, 2 centimètres à la partie moyenne, un peu moins à la base, et beaucoup moins à la pointe ; deux des piliers qui soutiennent la valvule mitrale ont augmenté d'épaisseur ; le réseau tendineux et musculaire des autres parties de ce ventricule a subi une légère atrophie et se trouve plus lisse et plus grêle que chez la plupart des individus ; la valvule mitrale est saine ; l'oreillette gauche a subi un développement proportionné à celui du ventricule correspondant ; les

valvules sigmoïdes de l'aorte sont un peu épaissies et contiennent dans leur épaisseur une couche fibro-cartilagineuse plus prononcée vers le bord libre que vers le bord adhérent ; l'anneau tendineux qui forme l'insertion de l'aorte au ventricule est lui-même un peu épaissi ; ces valvules laissent passer l'eau que l'on verse dans l'aorte.

L'aorte, à 3 centimètres de son origine, offre une dilatation considérable, irrégulière ; incisée et mesurée dans toute sa largeur, elle donne ainsi une circonférence intérieure de 15 centimètres ; immédiatement avant sa courbure et dans la partie concave, elle présente une poche anévrysmatique sacciforme, capable de loger une petite noix ; la dilatation diminue vers l'origine des gros vaisseaux.

Les parois de ce vaisseau, et surtout la tunique moyenne, sont très épaissies ; elles sont aussi très friables, l'interne principalement. Cette dernière, érodée dans beaucoup de points, laisse à nu des concrétions calcaires et permet de voir au-dessous d'elle, dans les endroits où elle est intacte, des concrétions cartilagineuses, et en moins grand nombre des plaques jaunâtres et athéromateuses. Il résulte de ces altérations que l'aorte, dans son ensemble, est rigide et cassante.

L'orifice de communication entre l'aorte dilatée et la partie anévrysmale est tranchant, parsemé d'aspérités de même nature que celles qui ont été déjà indiquées ; quelques caillots fibrineux, mais faciles à détacher, tapissent le fond de cette poche à parois beaucoup moins épaisses que celles de l'aorte, et dans laquelle cependant on trouve les mêmes concrétions ostéiformes, ce qui ferait supposer que toutes les membranes y existent sans que le degré avancé d'altération permette de le constater par la dissection.

L'aorte, au-dessous de l'origine des gros vaisseaux, présente encore un peu de dilatation jusqu'à la première vertèbre lombaire, et, dans cette étendue, ses parois sont épaissies, fibro-cartilagineuses, mais sans concrétions osseuses ; la face interne en est comme mamelonnée et rugueuse, mais sans érosions ; à partir de ce point, l'épaisseur des parois est comme augmentée, mais la capacité ne paraît pas l'être.

Le ventricule droit paraît comme accolé au ventricule gauche ; il a un peu diminué de capacité, aussi bien que l'oreillette correspondante ; ses parois n'offrent même pas un centimètre dans leur plus grande épaisseur ; les piliers charnus conservent cependant leur développement habituel ; la valvule tricuspide est saine, le tissu musculaire du cœur est un peu flasque et d'une couleur jaune feuille morte très prononcée.

Le cerveau et ses enveloppes ne présentent rien de remarquable.

Réflexions. — Tout incomplète qu'elle soit, l'observation précédente de dilatation et d'anévrysme réunis de l'aorte ascendante, avec dilatation des cavités gauches du cœur, me paraît susceptible de quelque intérêt au triple point de vue de l'étiologie, du diagnostic et de la marche de la maladie.

L'influence des violences extérieures sur le développement des affections dites organiques du cœur est un fait acquis aujourd'hui à la science par de nombreuses observations. Celles-ci agissent de deux manières différentes, tantôt en produisant immédiatement une rupture, une déchirure, une lésion traumatique des valvules, des fibres charnues du cœur ou de l'une des membranes de l'aorte ; et la partie blessée, devenue incapable de résister à l'effort du sang, donne lieu à l'une des formes nombreuses d'anévrysme. Tantôt, au contraire, il y a seulement contusion, inflammation traumatique, et consécutivement à celle-ci une ou plusieurs des altérations que l'on voit plus souvent succéder aux inflammations idiopathiques ou rhumatismales. — Que s'est-il passé dans le cas actuel ? Doit-on admettre que l'origine des lésions avancées, constatées à l'autopsie, ne remonte pas au delà de 4 mois, et qu'ainsi la maladie a parcouru toutes ses périodes dans un espace de temps aussi court ? On y semblerait autorisé par les assertions réitérées et non équivoques du malade. On doit cependant répugner à le faire en tenant compte de la marche ordinaire de ces maladies. D'ailleurs, il faut bien reconnaître ici que l'aorte, malade dans toute sa longueur, a dû être le siége d'une inflammation antérieure traumatique ou autre, et cette affection, avant de donner lieu à des dépôts de la nature de ceux qui existaient dans les membranes et leurs interstices celluleux, demande, je crois, plus de 4 mois de durée. Peut-être pourrait-on supposer que l'aorte, déjà malade d'une manière en quelque sorte latente lors de la chute de notre malade, est devenue à ce moment le siége de l'anévrysme partiel, et que les accidents à partir de cette époque se seront développés avec une rapidité beaucoup plus grande.

A l'égard du diagnostic, je dois dire que la dilatation de l'aorte n'avait pas été reconnue pendant la vie.

Le diagnostic avait été : *dilatation avec hypertrophie du cœur, lésion des valvules aortiques, intégrité de la valvule mitrale.*

Le double bruit de souffle perçu à l'orifice aortique, l'étendue de la matité constatée à la région précordiale, la force et l'étendue de l'impulsion du cœur par choc simple, l'absence des battements à la région aortique, l'intégrité de la voix, le passage libre de l'air à travers les bronches, sont les caractères positifs et négatifs sur lesquels ce diagnostic avait été établi.

L'autopsie a démontré que ce diagnostic avait été insuffisant et que la lésion la plus importante avait été méconnue. Je ne chercherai point, dit à cette occasion le chef de service, à excuser cette erreur dont je serai le plus facilement absous par ceux qui savent combien l'anévrysme de l'aorte est difficile à reconnaître quand la tumeur ne s'est

pas portée dans le côté droit de la poitrine où elle puisse donner lieu à des battements superficiels au niveau des cartilages de la 2e et de la 3e côte correspondantes, à une matité et à des bruits de souffle unique ou doubles perçus au niveau de la même tumeur, ou à d'autres signes enfin qui, quoique moins significatifs, ont encore une certaine valeur, tels que la raucité de la voix, le sifflement de la respiration, ou même l'absence de celle-ci dans le côté droit de la poitrine, la différence dans le pouls des deux artères carotides ou sous-clavières.

Ce qu'il est important de faire remarquer, c'est que deux circonstances peut-être auraient pu mettre sur la voie, sans autoriser cependant à affirmer l'existence de la lésion aortique.

Je veux parler :

1° De la dyspnée extrême continue avec exacerbation sous forme d'accès d'asthme, plus constante dans les anévrysmes de l'aorte que dans ceux du cœur.

2° De la succession si rapide des deux bruits de souffle qu'ils semblent n'en former qu'un seul, caractère qui me paraît plus propre aux lésions de l'aorte même qu'à celles des valvules sigmoïdes. Je n'émets d'ailleurs qu'avec une extrême réserve la dernière de ces deux assertions.

FAVROT fils, D. M. P.

MALADIES SYPHITITIQUES.

IV. De la syphilis et de son traitement. — Généralités et critique.

Il est une question qui a beaucoup occupé et qui occupe encore, à juste titre, les syphilographes : cette question est la suivante : Une personne atteinte de syphilis, ayant subi un traitement antisyphilitique convenable et suffisant, à la suite duquel les symptômes propres à cette affection se sont dissipés, est-elle à l'abri de toute rechute ? Quoiqu'aujourd'hui l'affirmative soit l'opinion unanime, vu qu'il est constaté que la plupart des récidives qui peuvent arriver dépendent d'un traitement vicieux ou mal fait, on ne peut néanmoins disconvenir que, pour résoudre immédiatement cette proposition, on en est encore réduit, la plupart du temps, aux probabilités.—Comment pourrait-il en être autrement? Cette solution étant renfermée dans l'avenir, il est très difficile, sinon impossible, d'en pénétrer le secret : l'analogie, la vraisemblance, sont les seuls moyens qui peuvent raisonnablement guider le praticien dans l'appréciation de cette question.

Aussi, qu'a-t-on fait dans de telles circonstances? Lorsque les malades avaient subi un traitement spécifique, qui paraissait suffisant, complet, leur a-t-on dit : Votre guérison est certaine; vous êtes guéris à tout jamais ! — Non, évidemment non ; car aucun praticien, que nous sachions, n'a encore mesuré la quantité de mercure qu'il faut pour anéantir le virus vénérien ; personne n'a encore indiqué le signe positif au moyen duquel on peut avoir la certitude de la destruction du principe vénérien. On s'est borné à dire à ces personnes : Il est vraisemblable, il est rationnel de croire que vous êtes guéries, parce que le traitement a effacé toutes les traces apparentes, tous les symptômes de la maladie; parce que vous avez repris tous les caractères d'une santé parfaite, et enfin parce qu'on ne peut établir des indications thérapeutiques sur de vagues suppositions quand il s'agit de l'administration d'agents médicinaux qui sont loin d'être inoffensifs. — Cette conduite était très prudente; elle laissait au temps et à l'observation le soin de sanctionner la guérison, ou de montrer que le traitement qui avait été employé était inefficace, incomplet, ou vicieux. Le temps confirme une foule de guérisons, et cela dans les circonstances les plus graves; mais, d'un autre côté, il démontre que plusieurs affections syphilitiques que l'on avait cru es guéries pendant un certain temps ne l'étaient pas, ou du moins ne l'étaient que d'une manière apparente et trompeuse.

Ces résultats différents, quoique, d'après nous ,très explicables, ne firent qu'augmenter le doute général, non pas sur la curabilité de la syphilis, mais bien sur l'époque où on pouvait dire à un malade : Allez, votre traitement est complet et a détruit jusqu'au dernier atome du mal dont vous étiez atteint; toute récidive est désormais impossible. — Aussi, il n'y eut que des charlatans qui osèrent encore affirmer, immédiatement après la cessation du traitement spécifique, que *la syphilis était guérie à tout jamais.*

Il est évident, d'après ce que nous venons de dire, que le doute médical ne portait que sur l'époque où on pouvait prononcer la guérison de la syphilis et sur la quantité de mercure nécessaire pour obtenir cette guérison. —Pour ce qui est de la curabilité de la syphilis, personne ne l'avait jamais contestée : on était généralement d'accord sur ce point. — Eh bien ! cette dernière opinion vient d'être fortement ébranlée par M. Ricord, dans un article que ce chirurgien a publié dans la *Gazette des hôpitaux.*

Les écrits d'un homme aussi haut placé que le chirurgien de l'hôpital du Midi étant toujours très importants et destinés à exercer une grande influence, il est utile et même nécessaire de les soumettre à un examen sévère et impartial, afin d'éviter que des erreurs ne se propagent à l'ombre d'un grand nom. C'est en partie dans ce but que nous avons entrepris ce travail.

« Le traitement de la vérole constitution-
» nelle, dit M. Ricord, peut se diviser en trai-
» tement prophylactique et en traitement cu-
» ratif. Et d'abord le traitement prophylacti-
» que par excellence de la vérole constitution-
» nelle, c'est le traitement abortif du chancre;
» du chancre, point de départ de tous les phé-

» nomènes qu'on peut observer plus tard. » Détruisez ce chancre dès son apparition, au » premier, au deuxième, au quatrième, et » même au cinquième jour après le coït infec- » tant; détruisez-le complètement, foncière- » ment, et vous n'aurez jamais d'accidents » constitutionnels Ce n'est point là une vue » purement spéculative, c'est le résultat de » milliers d'observations, de milliers d'expé- » riences. »

Tout ce que nous avons pu observer jusqu'à présent des maladies vénériennes et syphilitiques nous force à adopter sans réserve l'opinion que nous venons de rapporter. La destruction radicale du chancre à son début, avant la période d'induration, rend impossible le développement consécutif des symptômes secondaires et de la syphilis. Le virus étant anéanti avant d'avoir pu pénétrer les tissus par voie d'absorption, il est évident que la manifestation de ses conséquences ne peut avoir lieu. En établissant et en prouvant cette vérité que nous avons pu confirmer, ce chirurgien a non-seulement élucidé une question scientifique, mais il a encore par-là retiré la thérapeutique de la syphilis de l'espèce de confusion dans laquelle elle se trouvait; il en a précisé les indications et a démontré que, dans beaucoup de cas, l'administration du mercure était inutile et sans but. En cela on doit convenir qu'il a rendu un grand service; car personne n'ignore que, avant les travaux de M. Ricord, l'engouement mercuriel était tel qu'il suffisait d'avoir reconnu la pustule *chancreuse* et entrevu le moindre symptôme suspect pour que de suite on recommandât le traitement mercuriel que l'on prolongeait parfois indéfiniment. Suivant une ancienne habitude, ou plutôt une ancienne routine, on appréciait l'efficacité de ce traitement par la durée de son application, par la quantité de mercure administré, et non par l'observation de son action et de ses résultats. Nous ne rapporterons pas ici les suites d'une telle pratique : la raison les indique suffisamment.

Aujourd'hui que l'on sait distinguer les affections syphilitiques de celles qui ne le sont pas, que l'on est convaincu que le virus n'est pas un fluide subtil qui se répand instantanément dans toute l'économie dès qu'il est en contact avec une partie quelconque de l'organisme; aujourd'hui enfin que l'on sait que le fluide vénérien a une action primitivement locale, et qu'il ne s'étend que par voie d'absorption, on est beaucoup plus réservé dans l'administration du mercure, on consulte les indications et on n'a recours à son emploi que quand on constate un commencement d'induration ou bien des symptômes secondaires. Nous prouverons bientôt qu'un traitement préventif par le mercure, avant l'induration du chancre, est une absurdité, une chose invraisemblable, impossible.

D'après ce que nous venons de dire, on comprendra que, avec M. Ricord, nous n'admettons aucun traitement général pour un chancre primitif non induré : le traitement abortif nous suffit pour le faire disparaître et en prévenir les conséquences. Mais, qu'on ne se le dissimule pas, malgré toute l'efficacité de cette pratique, il faut, si on veut avoir toute garantie, observer fréquemment et attentivement son malade; car il suffit du moindre point d'induration (et quelquefois il est si petit qu'il faut avoir le toucher très fin pour le distinguer), il suffit, disons-nous, du moindre point induré pour rendre insuffisant le traitement abortif et nécessiter le traitement spécifique général. L'induration doit donc être ici considérée comme la boussole du praticien.

On rencontre encore certains cas où l'induration n'existe pas ou a disparu, et où on fera bien d'adopter la même manière d'agir : c'est quand la cicatrisation d'un chancre sera longue et difficile, ou bien lorsqu'il aura subi la transformation végétative.—Pour ce qui est de la transformation végétative, nous avons établi que l'irritation locale peut être la simple cause de ces végétations, qu'elle peut même développer dans les tissus une diathèse végétative locale, sans que le principe syphilitique y participe. Mais comme, dans la pratique, il est très difficile d'apprécier au premier abord cette question, on agira prudemment en ne s'exposant pas à ses chances et en prescrivant un traitement dont on suivra l'action pas à pas.

Nous pensons devoir rapporter ici, comme pouvant encore jeter quelque jour sur l'absorption du virus, un phénomène que nous avons constaté plusieurs fois.

Nous avons observé que pendant la période d'inoculation d'un chancre on ne voyait survenir ni l'induration, ni l'absorption de son principe virulent. Par contre, dès que l'induration arrivait, l'inoculation à son tour devenait impossible.

D'après ces données, nous avons admis qu'il pouvait y avoir *deux principes distincts* dans la matière d'un chancre, qui ne révélaient pas simultanément leur existence, mais l'un après l'autre : le premier, nous l'avons appelé *principe de reproduction*, et le second, *principe de détérioration, de métamorphose*. D'après cela, nous avons dû admettre que la contamination et l'inoculation se produisaient en vertu d'un principe reproducteur spécial, contenu dans la matière du chancre, et que tant que ce principe reproducteur existait et pouvait agir, l'absorption n'avait pas lieu : ici un traitement général n'est pas indiqué. Nous admettons enfin que, quand la puissance reproductrice est éteinte, le principe de détérioration et de métamorphose, indépendant du premier, pénètre l'économie, irrite d'abord les tissus, en change ensuite le mouvement de composition, et finit par produire la cachexie syphilitique. Dès ce moment, le traitement antisyphilitique devient indispensable.

On nous fera sans doute sur ce point une foule d'objections; mais, pour le moment, nous répondrons à une seule, qui est très importante. On nous objectera qu'on a inoculé

avec succès des chancres indurés (1) : nous doutons de la réalité de cette assertion. Nous avons aussi inoculé des chancres indurés, mais sans obtenir la pustule caractéristique. Il survenait quelquefois, il est vrai, à la suite de notre inoculation, une pustule à base enflammée; mais c'était tout simplement une pustule impétigineuse, qui s'éteignait au bout de quelques jours, si, ne la confondant pas avec un chancre, on évitait de la cautériser au moment de son apparition (2).

Une dernière considération confirme encore ce que nous venons d'avancer sur les deux principes distincts que nous avons dit exister dans la matière d'un chancre : cette considération est relative aux chancres phagédéniques. Nous croyons avoir constaté que cette propriété d'envahir progressivement une large surface n'est que la conséquence du principe reproducteur et inoculable de la matière virulente, dont l'activité est élevée à un degré plus haut que dans l'ulcère ordinaire. Nous sommes d'autant plus autorisé à admettre cela, que chacun sait qu'un chancre phagédénique s'inocule plus aisément, et pendant un temps plus long, que toute autre espèce de chancre. Eh bien ! tant que ce principe existe, le chancre reste phagédénique; l'induration ne s'opère pas, et il ne survient aucun accident secondaire. Voici un exemple que nous pourrions du reste multiplier : — Une femme entre à l'hôpital pour un chancre phagédénique à la petite lèvre gauche : pendant quinze à dix-sept jours, cet ulcère, malgré nos cautérisations, envahit pour ainsi dire toute la partie gauche de la vulve; il s'inocule même spontanément et en plusieurs endroits à la partie latérale droite de cet organe; enfin, nous parvenons à en arrêter les progrès, et nous obtenons une cicatrisation sans induration. Jamais cette femme, que nous avons revue depuis, n'a ressenti le moindre inconvénient. Il est probable que, dans cette circonstance, le principe d'absorption, de métamorphose, a été détruit sur place par le traitement local qui a été employé : c'est un résultat heureux qui n'arrive pas toujours. Le caractère phagédénique disparaît-il, ou parvient-on à l'anéantir, aussitôt, ainsi que nous venons de le dire, le travail ulcératif s'arrête et l'inoculation ne réussit plus : alors, ou la guérison arrive, comme chez la femme dont il vient d'être question, ou l'induration se produit, accompagnée du cortége des symptômes secondaires. En résumé, on peut donc avancer que, tant qu'un chancre est phagédénique, son absorption n'a pas lieu; tandis qu'elle se produit après la disparition de ce caractère. Pratiquement, on peut dire que si on guérit un chancre phagédénique sur place et sans induration, eût-il duré quinze jours ou trois semaines, le traitement général n'est pas nécessaire.

Au premier abord, ces distinctions paraîtront peut-être purement spécieuses; cependant elles nous semblent rationnelles et découlent des faits rigoureusement observés. Malgré leur utilité pratique, nous n'affirmons pas encore définitivement cette opinion; nous la soumettons seulement à l'examen éclairé des praticiens.

Reprenons maintenant l'analyse du travail de M. Ricord.

Après avoir dit que, dans le traitement prophylactique de la syphilis constitutionnelle, il fallait d'abord empêcher la diathèse syphilitique de s'établir, ce qui ne souffre aucune contestation, et que, une fois cette diathèse établie, on devait prévenir la manifestation des phénomènes qui la caractérisent, il continue : « Dès que le chancre est induré, la diathèse » est établie; et, à quelque temps que vous ar- » riviez avec le traitement spécifique, vous ne » pourrez empêcher que la manifestation des » phénomènes : la fermentation syphilitique a » eu lieu, et vous ne pourrez vous opposer à » l'empoisonnement général. »

Ce que dit M. Ricord n'est guère rassurant, et, de plus, renverse toutes les croyances admises jusqu'à ce jour par la majorité des praticiens. Examinons pourtant si le coup qu'il leur porte est réellement mortel. Et d'abord est-il vrai que la diathèse ou la cachexie syphilitique soit établie dès qu'un chancre est induré? — Une constitution souvent solide et vigoureuse se métamorphose-t-elle aussi rapidement? — Enfin, le virus, en suivant pour se propager une autre voie que celle de l'absorption (ce qui nous semble peu en accord avec les lois physiologiques), possède-t-il en réalité une spontanéité d'action suffisante et une puissance assez forte pour métamorphoser ainsi, en un clin d'œil, toute une économie? — Ce sont autant de questions que nous ne pouvons résoudre affirmativement. En effet, il est généralement reconnu aujourd'hui que ce n'est que petit à petit et progressivement que le virus absorbé, comme tous les éléments morbides qui finissent par modifier et altérer toute une constitution, peut pénétrer les tissus et ensuite modifier la trame organique. La syphilis ne peut donc être instantanée,

(1) Il y a, qu'on le remarque bien, des indurations partielles qui permettent encore l'inoculation. Il est bien entendu que nous ne voulons parler ici que de l'induration bien caractérisée et complète d'un chancre.

(2) Voici encore une observation qui corrobore notre manière de voir : les *bubons d'absorption*, appelés aussi *chancres glandulaires*, ne peuvent être que le résultat d'un chancre à sa période inoculable, c'est-à-dire d'un chancre de quatre à cinq jours, le bubon d'absorption étant une inoculation spontanée, dans la glande, du principe reproducteur du chancre, qui est alors voituré exceptionnellement par les vaisseaux lymphatiques : nous disons *exceptionnellement*, car chacun sait combien est rare le bubon d'absorption. Une fois le chancre des parties génitales bien *entièrement* induré, le bubon d'absorption n'est plus possible : tout ce qui peut arriver alors, ce sont des *bubons secondaires*, dus à la pénétration du principe destructeur et modificateur du chancre. — Nous ne parlons pas du *bubon d'emblée*.

immédiate : avant qu'elle se produise, un autre acte doit s'opérer, et cet acte consiste dans la pénétration du virus dans tous les tissus. Dès lors il nous paraît évident qu'il doit se manifester, après l'induration d'un chancre, des symptômes indépendants de la cachexie syphilitique : ces symptômes sont appelés *secondaires*, et sont pour ainsi dire un point intermédiaire entre la syphilis d'une part et le chancre de l'autre, avec cette remarque cependant, qu'ils sont la conséquence du chancre induré et qu'ils produisent inévitablement la cachexie syphilitique, si on ne parvient à les arrêter et à les détruire.

Pour mieux nous faire comprendre, exposons comment les choses se passent.

Une fois le chancre induré, il n'y a point de fermentation, comme le prétend M. Ricord, mais bien un phénomène plus naturel et surtout plus physiologique. L'inflammation qui environnait le chancre étant diminuée, l'absorption s'établit, et le premier effet de cette absorption, c'est l'induration elle-même, qui peut ainsi être considérée comme le premier symptôme secondaire. Bientôt l'absorption se continuant, le virus charrié par cette voie pénètre les organes de proche en proche, à commencer par ceux qui sont les plus rapprochés du siége du chancre. Il résulte de cette pénétration, qui, comme on le pense bien, n'est pas inoffensive, le développement de certains symptômes particuliers tels que bubons, pustules, etc. Mais, qu'on ne s'y trompe pas, toutes ces manifestations morbides sont encore isolées, locales, et ne dépendent en rien d'un état constitutionnel; car si on observe les individus qui en sont atteints, on remarque que leur constitution est intacte et ne présente encore aucune trace de la cachexie. Aussi nous disons que si, à cette époque, il est possible de venir au devant du virus, de le combattre et de le détruire par des agents thérapeutiques spéciaux, on peut encore espérer d'empêcher la production de la cachexie syphilitique. — Eh bien! on possède un agent thérapeutique qui a cette puissance : c'est le mercure et ses préparations! — Lui seul, administré méthodiquement, peut amener, à cette période de la maladie, cet heureux effet. Nous dirons aussi que ce n'est point une vue purement spéculative, c'est le résultat de milliers d'observations, de milliers d'expériences.

Mais si rien ne s'oppose à la marche du virus, il finit par saturer (qu'on nous permette cette expression) toute l'économie, et entre enfin dans le mouvement de composition des tissus, dont il modifie et altère alors, de plus en plus, la texture et l'organisation. Dès ce moment, les constitutions les plus vigoureuses s'affaiblissent et prennent un cachet spécial que l'on peut reconnaître à la première vue; l'altération est tellement générale et profonde, que les tissus les moins organisés ne tardent pas à manifester les altérations qu'ils ont puisées dans des bases organiques viciées. De là les lésions que l'on remarque dans les tissus osseux, nerveux, cutané, cellulaire, musculaire, etc.; lésions qui peuvent aller jusqu'à la destruction complète de ces parties. Ce n'est plus ici une simple émanation locale, isolée, c'est toute la constitution qui est viciée dans son ensemble, et qui, à son tour, produit des symptômes qui sont la conséquence immédiate, non plus du virus, mais des altérations qu'il a développées. — Ici enfin il y a cachexie syphilitique. — Dans ce cas, la guérison est encore possible. Mais il ne suffit plus d'anéantir le virus par les préparations mercurielles, il faut de plus, et indispensablement, décomposer cette constitution mauvaise et cachectique; et puis, lorsqu'on croit l'élimination suffisante, la reconstituer sur des bases normales. Nous avouons que ce résultat n'est pas toujours facile à obtenir et qu'il faut toujours un traitement très long, très sévère et parfaitement exécuté; mais tout cela n'empêche pas que la guérison de la syphilis soit un fait attesté par des milliers d'observations.

Comment dès lors expliquer qu'une fois la diathèse établie, à quelque époque que l'on arrive avec le traitement antisyphilitique, on ne pourra plus empêcher que la manifestation des phénomènes? Vous admettez donc que la syphilis est incurable? — Nous avouons qu'en présence des faits authentiques rapportés par une infinité d'auteurs, et des idées antérieures de M. Ricord lui-même, il nous a été difficile de nous rendre compte des idées émises dans son dernier travail. Il n'y a pas encore bien longtemps que ce chirurgien a avancé une opinion diamétralement opposée à celle qu'il soutient aujourd'hui : il prétendait que toute personne guérie de syphilis constitutionnelle était, par cela seul, à l'abri d'une nouvelle atteinte de cette affection. Il est à regretter que M. Ricord ne nous dise pas sur quels faits il s'est appuyé pour changer aussi rapidement sa manière de voir. Vous avancez que, dans la cachexie syphilitique, le traitement le mieux approprié ne peut qu'en détruire les symptômes et les manifestations. Mais alors, comment expliquer la singulière action de ce traitement qui peut ainsi anéantir des symptômes sans atteindre l'altération qui les produit? Dès que ces symptômes ont disparu et que la personne qui les présentait a repris tous les caractères évidents de la santé, sur quelles preuves vous basez-vous pour affirmer que cette santé est illusoire et que la cachexie syphilitique existe encore d'une manière larvée? Enfin, comment expliquez-vous les guérisons qui ne se sont pas démenties depuis 30 ou 40 ans? — A moins de mettre en doute toutes les observations rapportées par les auteurs, on doit bien convenir qu'il serait difficile de répondre à ces objections. Il est vrai que M. Ricord s'est ménagé une retraite admirable et dans laquelle il serait difficile de le poursuivre. Voici à peu près l'argument derrière lequel il se retranche : Vous croyez, dit-il, avoir guéri des syphilitiques, parce que, depuis 2, 10 et 20 ans, ils jouissent d'une bonne santé. — Erreur que tout cela! — Attendez encore quel-

ques mois, quelques années, jusqu'à ce qu'enfin il plaise à la fermentation syphilitique endormie de se réveiller, et vous verrez que ce que vous regardez comme une guérison n'est qu'un masque trompeur. Qu'on ne pense pas que nous exagérons; voici, du reste, les paroles de l'auteur : « Sous l'influence du » traitement mercuriel, administré à des su- » jets infectés tout-à-fait au début de la mala- » die, nous avons vu maintes fois le chancre » se développer, parcourir toutes ses périodes » et s'indurer sans que le traitement général » ait eu la moindre influence sur lui. Mais il » est un fait avéré : c'est que, par ce traitement, » on peut *empêcher*, ou tout au moins retar- » der la manifestation des accidents constitu- » tionnels. On peut, chez quelques sujets, s'op- » poser complètement à l'apparition d'un or- » dre de symptômes, et cela pendant un *temps* » *si long*, que le sujet vient à mourir d'autre » chose, sans en avoir présenté des traces; ce » qui équivaut presque à la santé. »

Quoique cette dernière phrase soit un peu plus rassurante que le reste, une telle opinion ne peut cependant pas vraisemblablement être admise. Peut-on de la sorte préjuger de l'avenir? Peut-on considérer une personne, jadis atteinte de syphilis pour laquelle elle a suivi un traitement convenable, et qui depuis plusieurs années jouit d'une santé parfaite, et a même parfois procréé des enfants très sains; peut-on, disons-nous, la considérer comme conservant en elle le germe syphilitique qui, à chaque instant, menace de faire explosion? —Non, certainement non. Mais les rechutes, nous objectera-t-on, à quoi les rapporter? Les rechutes peuvent, à la vérité, survenir; pour notre part, nous pouvons même dire qu'elles sont assez fréquentes; et c'est ce qui confirme ce que nous disions en commençant cet article, qu'il est pour ainsi dire impossible, dans une foule de cas, d'affirmer la guérison de la syphilis. Mais, qu'on le croie bien, si on veut se donner la peine de remonter à la source de ces rechutes, on trouvera toujours qu'elles dépendent ou d'un traitement incomplet et insuffisant, ou d'un traitement mal suivi; et enfin on se convaincra que, comme pour toutes les autres maladies, il existe de ces syphilis exceptionnelles contre lesquelles viennent souvent échouer presque tous les traitements. De tout cela on ne pourra certainement pas conclure que la syphilis est incurable et que le traitement antisyphilitique ne peut prétendre qu'à détruire un certain ordre de symptômes sans en atteindre la cause. On apprendra au contraire que la plupart de ces récidives ont définitivement été combattues avec un entier succès, soit par un traitement plus complet et plus prolongé, soit enfin par un traitement plus méthodique et répondant mieux aux indications.

« Pour détruire notre doctrine, continue » M. Ricord, il faudrait prouver qu'après » un coït infectant, le traitement mercuriel » employé sur-le-champ empêchera toujours » le chancre de s'indurer, et qu'une fois le » chancre induré, le traitement mercuriel em- » pêchera *à tout jamais* la production d'un ac- » cident constitutionnel quel qu'il soit : deux » points que nous nions formellement. »

Ce raisonnement peut séduire, sans doute; mais il s'écroule à coup sûr dès qu'on veut le soumettre à un examen attentif et sérieux. Il est évident, et nous le proclamons avec M. Ricord, que le traitement mercuriel, appliqué aussitôt après un coït infectant, n'empêchera nullement la production d'un chancre si la contamination chancreuse a eu lieu. Nous allons plus loin : nous pensons qu'un traitement administré dans de telles circonstances ne serait pas seulement sans but et sans effet, mais constituerait une maladresse dont on pourrait souvent se repentir. Les raisons en sont faciles à saisir. Les préparations mercurielles ont certainement une grande puissance contre les symptômes qui sont la suite d'un chancre induré, elles détruisent ces accidents; mais elles ne peuvent rien contre le développement du chancre lui-même, ni contre le développement de son induration : en d'autres termes, le mercure n'a aucune propriété préventive à l'égard de l'altération primitive de la vérole; il en détruit les effets dès qu'ils se produisent, et voilà tout. Rationnellement, cela doit se passer ainsi; la contamination ou l'inoculation chancreuse étant des actes matériels immédiats, aucune médication, hormis la destruction instantanée de la partie où la contamination et l'inoculation se sont opérées, ne peut empêcher la production de leurs effets locaux. Un chancre inoculé, si on ne cautérise pas aussitôt le point d'inoculation, se produira après une incubation de quelques jours, quelle que soit la quantité de mercure que l'on ingère dans la vue de prévenir cet accident; de plus, ce chancre non-seulement se reproduira, mais s'indurera de la même manière et pour les mêmes raisons. Mais une fois que le chancre se sera constitué localement dans toutes les conditions voulues de son existence et de son absorption, administrez alors un traitement spécifique, et le succès couronnera vos tentatives. Avant cette époque, bornez-vous à la destruction de l'altération locale, qui peut seule prévenir la syphilis constitutionnelle.

Il résulte de ce qui précède que le mercure ne peut rien contre le développement de l'induration chancreuse, qui doit être considérée comme la suite immédiate et nécessaire de tout chancre que l'on ne détruit pas sur place, tandis qu'il combattra toujours avec succès et préviendra même les conséquences de cette induration, c'est-à-dire les accidents et la syphilis constitutionnelle, dont tout chancre induré est fatalement suivi. Nous ne pensons pas que l'on puisse exiger davantage d'une médication.

Le deuxième membre de la proposition de M. Ricord n'est pas plus exact que le premier. Une fois le chancre induré, il est positif que le traitement spécifique n'empêchera pas constamment, d'une manière certaine, la mani-

festation des accidents secondaires et syphilitiques. Les motifs en sont très simples. Ainsi, il y a des personnes qui sont douées d'une force absorbante tellement grande, que le traitement le plus énergique et le mieux approprié ne jouit pas d'une activité assez étendue pour arrêter le virus dans sa marche rapide et prévenir par ce moyen les accidents secondaires : dans cette circonstance, la manifestation de ces accidents suit de très près l'induration du chancre. Toutefois, qu'on le note bien ici, le traitement mercuriel n'est insuffisant que parce qu'il n'a pas eu le temps d'agir; mais qu'on lui accorde ce temps, que son emploi soit méthodique, et on ne tardera pas à voir disparaître entièrement une affection que l'on n'avait pu prévenir. Ce fait, d'après nous, ne souffre guère d'exceptions; et nous pensons qu'il est bien peu de praticiens qui n'aient été à même de le confirmer. Il nous arrive chaque jour, à l'hôpital Saint-Pierre, des malades avec des chancres indurés, quelquefois avec des bubons secondaires d'une grosseur considérable, etc.; eh bien! nous donnons les préparations mercurielles, et progressivement nous voyons disparaître et l'induration et les bubons. Au bout de six à sept semaines, nous suspendons le traitement; nous observons encore quelques jours les malades, et puis ils sortent avec tous les caractères de la santé la plus parfaite. Nous avons vu de ces personnes plusieurs années après, et leur guérison ne s'est pas démentie.

Enfin, il peut se faire que, malgré un traitement mercuriel prolongé, les symptômes syphilitiques non-seulement ne s'arrêtent pas dans leur marche, mais n'éprouvent aucune diminution. Ce désavantage momentané et exceptionnel peut-il être rapporté à l'incurabilité de la maladie, à l'insuffisance ou au défaut d'action du mercure? — Non certes; car, ainsi que nous l'avons déjà dit, on en trouve souvent la cause dans la manière dont le traitement est administré et exécuté; de sorte qu'il suffit ordinairement d'une simple rectification thérapeutique pour dissiper l'inconvénient dont il est ici question.

Nous terminerons donc en disant que, en général, un traitement mercuriel convenable bien administré, après l'induration d'un chancre, préviendra quelquefois, et détruira souvent, pour ne pas dire toujours, les symptômes secondaires et constitutionnels, sans qu'on ait à redouter la moindre rechute. Cette vérité est démontrée par des milliers d'expériences et des milliers d'observations.

THIRY, D. M.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

V. Substitution de l'extraction des phalanges à leur amputation.

Monsieur le rédacteur,

Depuis quelques années déjà j'ai recours avec succès, dans ma pratique, à l'extraction des phalanges ou des séquestres nécrosés des phalanges pour remplacer l'amputation. Aussi ai-je lu avec beaucoup d'intérêt, dans le numéro de janvier de votre excellent journal, le compte-rendu de la clinique de M. le professeur Velpeau qui s'y rapporte et la lettre de M. le professeur Bouisson insérée dans l'avant-dernier n°. Je n'avais point cru cette modification assez importante pour en faire l'objet d'une communication spéciale, mais puisque vous avez appelé l'attention sur ce point, permettez-moi d'ajouter quelques faits à ceux déjà publiés et de contribuer pour ma part à faire admettre ce procédé d'une manière générale en médecine opératoire.

Obs. I. Barrast, Guillaume, âgé de 50 ans, cultivateur, fut piqué, en cueillant des feuilles de vigne, par un fragment d'écorce qui pénétra profondément à la face palmaire du doigt indicateur de la main droite, au niveau du pli de l'articulation de la première phalange avec la deuxième; le fragment d'écorce se brisa dans les efforts que l'on fit pour l'extraire. Les jours suivants, survinrent tous les symptômes d'un panaris sous-périostique. Le malade me consulte le 20 novembre 1845, environ quinze jours après l'accident. L'indicateur de la main droite présente un volume à peu près double de l'état normal; la tuméfaction existe surtout au niveau de la face palmaire; la peau est tendue, rouge, rénitente, les douleurs sont excessives. Je constate sur un point très circonscrit une légère fluctuation; une incision donne issue à quelques gouttes de sang et de pus; le malade n'est point sensiblement soulagé les jours suivants; le doigt conserve toujours son volume. Plusieurs ouvertures sont successivement nécessaires soit pour débrider, soit pour donner issue à quelques gouttes de pus; elles se cicatrisent rapidement. L'os de la phalange est sensiblement plus volumineux qu'à l'état normal. Le 6 décembre, c'est-à-dire après deux mois de vives souffrances, le mal reste stationnaire, le doigt conserve un volume considérable et l'amputation paraît être le seul moyen de guérison. Le malade s'y refuse. Dans ces circonstances, je pratique une incision sur le bord latéral externe de la face dorsale du doigt, je mets à nu l'os de la phalange, je le saisis avec des pinces, et, après quelques efforts, j'enlève un séquestre nécrosé représentant en volume la moitié de la deuxième phalange. Huit jours après la guérison était complète; aucun accident n'est survenu depuis. Le doigt a perdu une partie de ses mouvements, il présente de la raideur, mais les articulations de la première phalange avec l'os du métacarpe correspondant et celle de la deuxième avec la troisième restées libres permettent une légère flexion. La première et le reste de la deuxième phalange n'en forment qu'une. Le malade a pu reprendre ses travaux ordinaires sans que ce doigt apporte une gêne sensible aux usages de la main.

Mais ce n'est pas seulement dans les cas de nécrose des phalanges que leur extraction doit être préférée à l'amputation; d'autres cas en-

core la réclament. Les amputations pratiquées à la suite de l'écrasement d'un doigt ou d'un orteil ont souvent des suites funestes. On doit l'attribuer à la méthode opératoire généralement suivie. M. Denonvilliers (1) a appelé l'attention des chirurgiens sur une modification à apporter dans le manuel opératoire après l'écrasement des orteils. Au lieu d'amputer, suivant la règle commune, en arrière de la lésion, c'est-à-dire dans l'articulation phalangienne ou métatarso-phalangienne, il préfère, au contraire, enlever les esquilles, régulariser la plaie des partie molles, et plus tard, s'il devient nécessaire de réséquer une nouvelle portion d'os, il procède à cette résection en toute sécurité. Les faits observés semblent prouver qu'une violence qui écrase les parties molles et les os est moins funeste dans ses suites qu'une opération méthodique.

L'extraction des phalanges doit aussi être préférée à l'amputation dans les cas d'écrasement des doigts ou des orteils quand les parties molles restées saines sont suffisantes pour conserver à l'extrémité du doigt ou de l'orteil assez bien la forme normale après la cicatrisation ; parce que l'extrémité ainsi conformée peut rendre plus de services que n'aurait pu le faire le moignon digital si l'amputation eût été pratiquée. Le fait suivant confirme entièrement cette proposition :

Obs. II. M. D***, âgé de 43 ans, chirurgien, d'une constitution très robuste, d'une excellente santé, en voulant monter dans une voiture qui n'était point arrêtée, eut la deuxième phalange du gros orteil du pied gauche écrasée par la roue. Malgré cet accident, il continua son voyage et se borna, pendant les quarante-huit heures qu'il eut encore à passer en voiture, à tenir des fomentations d'eau froide sur l'orteil. Il me fait appeler le 12 mars 1844, deux jours après l'accident ; je constate une très forte contusion du gros orteil ; on trouve sur son bord externe une plaie longitudinale de trois centimètres, à bords inégaux, contus, noirâtres. En sondant cette plaie on arrive sur l'os dénudé de la deuxième phalange, il présente plusieurs fragments ; on trouve une large phlyctène sur le bord interne du gros orteil. Le malade ne veut consentir à aucune opération.

Le 23 mars, toute la peau qui recouvre le côté interne de la deuxième phalange et sa face supérieure est sphacélée et tombe en lambeaux ; les parties molles de la plante de l'orteil et de son extrémité sont saines, la plaie fournit une suppuration de bonne nature et commence à se déterger ; les fragments osseux sont peu adhérents aux parties molles, mais l'articulation de la première phalange avec la deuxième est encore solide. Cet orteil est le siége de très vives douleurs ; l'inflammation érysipélateuse de la peau autour des points sphacélés s'étend jusqu'au métatarse. Le 24 mars, j'enlève toute la première phalange nécrosée et les fragments osseux épars dans les parties molles environnantes ; j'ai pu tout détacher sans inciser les parties saines et sans qu'il y eût d'hémorrhagie. Une amélioration sensible a lieu les jours suivants, une suppuration de bonne nature s'établit, les douleurs cessent, la cavité résultant de l'extraction de la phalange se rétrécit peu à peu et la cicatrice s'opère très régulièrement.

M. D*** est parti le 20 avril 1844 pour reprendre son service, très satisfait du résultat obtenu. Le gros orteil a diminué de volume, mais il a conservé à peu près sa forme ordinaire et ressemble à ces doigts privés d'ongle et dont l'extrémité est un peu effilée.

Ce résultat est assez satisfaisant pour ne pas hésiter à se conduire de la même manière dans des cas analogues. On objectera que cette méthode exige plus de temps que l'amputation du doigt pour la guérison définitive ; mais la question de temps est bien secondaire à la question de sécurité. En ne consultant que l'intérêt du malade on doit conclure : 1° que l'extraction des phalanges ou de séquestres nécrosés de ces phalanges doit être préférée à l'amputation dans les cas de nécrose générale ou partielle de ces phalanges ;

2° Que dans les cas d'écrasement des orteils le même procédé doit être préféré quand les parties molles restées saines sont suffisantes pour conserver au doigt ou à l'orteil à peu près sa forme normale.

Agréez, etc. Ed. Raynaud, D. M. P.,
à Montauban (Tarn-et-Garonne).

Montauban, le 20 mars 1846.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

De la lymphe et de ses altérations morbides ; par M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Saint-Eloi, président des jurys de médecine (2).

M. Bouisson s'occupe de recherches très intéressantes sur les fluides de l'économie. Nous avons rendu compte de deux travaux qu'il a déjà publiés, l'un sur la bile, l'autre sur le chyle (1). De l'étude de ces deux humeurs le professeur de Montpellier est passé à celle de la lymphe. Nous avons parlé incidemment

(1) Bulletin thérapeutique, 1845.

(2) Un volume d'une centaine de pages in-8° ; à Montpellier, chez Louis Castel ; à Paris, chez J.-B. Baillière.

(1) Nous avons parlé de son mémoire sur la bile dans un article intitulé : De l'humorisme actuel (n° de février 1844), et de celui qu'il a fait sur le chyle dans une longue analyse insérée dans notre n° de janvier 1845.

de ce nouveau travail dans le n° de mai 1845, à propos d'une communication de l'auteur à l'Académie de médecine, séance du 25 mars, sur les altérations de la lymphe dans les inflammations. Mais cette courte note ne peut donner une idée suffisante des résultats auxquels il est arrivé.

Les anciens humoristes, sans savoir ce que la lymphe était au juste, en avaient fait un élément matériel des maladies. Précisément, à l'époque où les travaux de Hunter, de Mascagni, de Hewson et de Cruikshank, déterminaient quels étaient les véritables canaux dans lesquels coulait ce liquide dont on avait tant parlé sans le connaître, les doctrines solidistes détournaient les esprits de l'étude des fluides, et les notions récemment acquises sur la lymphe en restèrent à leurs premiers éléments, de sorte que cette humeur n'a réellement pas encore été l'objet d'une étude particulière, même de la part des micrographes et des chimistes qui pourtant mettent la main partout. Et néanmoins, comme le dit M. Bouisson dans l'introduction de son livre, la lymphe a rempli autrefois un rôle si étendu dans les interprétations de la pathogénie, qu'il nous importe de savoir ce qu'il faut conserver, ce qu'il faut omettre parmi les effets qu'on lui attribuait, et de déterminer la véritable limite de son intervention dans la constitution des maladies.

Dans une première partie de son travail, M. Bouisson traite des caractères de la lymphe appréciés par l'inspection directe, le microscope et l'analyse chimique.

Il n'est pas aisé de se procurer de la lymphe de l'homme. Sur l'homme vivant, on ne peut en obtenir que lorsque des lésions accidentelles le permettent, et les lésions qui donnent lieu à un écoulement de lymphe pure et abondante sont si rares qu'on les cite comme quelque chose d'extraordinaire. Sur le cadavre, il faut aller la chercher dans le canal thoracique, ou mieux encore dans le grand tronc lymphatique droit qui la contient dans un plus grand état de pureté. Mais on n'en obtient presque toujours qu'un écoulement presque insignifiant. Force est donc de l'aller chercher chez les animaux. Il est bon alors de laisser jeûner l'animal quatre ou cinq jours afin de l'obtenir pure.

L'existence des globules lymphatiques, déjà annoncée par Hewson, a été positivement constatée par Müller. Ces globules sont sphériques, diaphanes, incolores ou blanchâtres. D'après les observations particulières de M. Bouisson, dans la lymphe comme dans le chyle, les globules sont de dimension variable : les plus petits, ou *globulins*, se montrent particulièrement dans la lymphe qui n'a pas encore traversé de ganglions ; les plus volumineux, ou *globules* proprement dits, se découvrent dans celle qui a été modifiée par son passage dans les ganglions. Dans la lymphe du canal thoracique on trouve des corpuscules plus volumineux qui ne sont, pour l'auteur, que des agglomérations de globules ordinaires, au nombre de deux ou trois. Les globules de la lymphe, quels qu'ils soient, ressemblent aux globules réguliers du chyle ; mais ils sont peu nombreux, ce qui fait qu'on n'en rencontre pas toujours dans le champ du microscope. Cette rareté comparative des globules de la lymphe range celle-ci, selon l'expression de M. Bouisson, dans une hiérarchie de formation inférieure.

Abandonnée à elle-même, la lymphe se sépare en deux produits, le caillot et le sérum. Le premier est petit, mou, translucide ; il revêt une couleur rosée et prend une densité croissante, à laquelle succèdent la dessiccation s'il est en couches minces, le ramollissement et la décomposition si une grande quantité de lymphe a servi à l'expérience. Le sérum, composé d'eau pour la plus grande partie, contient de l'albumine et des sels en dissolution.

Quant à ses propriétés chimiques, la lymphe est alcaline. Sa composition est fort simple. Elle peut être considérée comme de l'eau tenant en dissolution de l'albumine et de la fibrine, et quelques matières salines et extractives, auxquelles se joignent accessoirement des traces de substances grasses et d'hématosine. M. Dumas dit qu'on se ferait de la lymphe une idée très nette en la regardant comme du sang étendu d'eau salée et débarrassé de ses globules par la filtration. Comparée aux autres liquides de l'économie, elle diffère du sang particulièrement par l'absence des globules colorés. Elle se rapproche davantage du chyle ; mais ce dernier est d'un blanc opaque et renferme une proportion considérable de matière grasse dont on ne retrouve que des vestiges dans la lymphe. Ce dernier fluide, enfin, a quelque ressemblance extérieure avec la sérosité du tissu cellulaire et des membranes séreuses ; mais il s'en distingue essentiellement par la faculté qu'il a de se coaguler spontanément, caractère que les fluides des membranes séreuses n'acquièrent que sous l'influence de l'inflammation.

Dans la seconde partie de son travail, M. Bouisson envisage la lymphe dans ses rapports avec les actes fonctionnels de l'économie.

La lymphe, quant à son origine, est le résultat d'un double mode de formation. 1° Le sang y intervient directement par de l'eau, de la fibrine, de l'albumine et des sels ; mais s'il contient accidentellement des matériaux nouveaux, si ceux qui le constituent deviennent prédominants, s'il existe un obstacle à la circulation veineuse, ou une énergie exubérante dans la circulation artérielle, la lymphe reçoit forcément sa part de ces nouveaux éléments. Ainsi, fait-on pénétrer dans le sang de la garance, des matières salines, on en retrouve bientôt une partie dans le canal thoracique. M. Bouisson a répété l'expérience avec le cyanure de potassium. Les phénomènes qui ont lieu chez les ictériques viennent à l'appui de ces expériences. Le sérum du sang pénètre dans la lymphe avec la matière colorante qu'il renferme en excès et lui communique sa teinte jaune. Gêne-t-on la circulation veineuse dans

un membre, le sang fournit des éléments insolites à la lymphe et la colore en rouge. 2° La lymphe doit aussi ses matériaux d'origine à la résorption de la substance organique ; ces faits sont tellement tombés dans le domaine de l'évidence qu'il est inutile d'y insister : la lymphe est un des produits de la métamorphose vitale. La substance de tous les organes ne paraît pas, du reste, concourir pour une part égale à la formation de la lymphe. Ce sont les tissus cellulaire, cutané, muqueux qui lui cèdent le plus facilement leurs matériaux ; il en est de même des liquides albumineux contenus dans les cavités closes ou dans les aréoles du tissu cellulaire.

La quantité de lymphe qui existe dans l'économie, ainsi que la vitesse avec laquelle elle traverse les voies lymphatiques dans un temps donné, ne sont pas susceptibles d'être appréciées mathématiquement. En général le cours de la lymphe est lent. Pendant son trajet, elle subit des modifications consistant principalement dans le développement des globules et dans l'augmentation de la fibrine. C'est aux ganglions en particulier que l'on a attribué, trop exclusivement, peut-être, la formation de cette dernière. M. Bouisson pense qu'en retardant le cours de la lymphe, ils permettent à l'albumine de ce fluide de passer à l'état de fibrine. La lymphe y subit d'ailleurs une sorte d'épuration, lorsqu'elle est chargée de matières hétérogènes.

Dans une troisième section, M. Bouisson étudie les différences que certains modificateurs hygiéniques ou physiologiques impriment à la lymphe. Une des influences les plus remarquables est celle de l'alimentation et de l'abstinence. Le chyle et la lymphe nourrissent le sang, mais d'une manière essentiellement distincte pour chacun d'eux. Le chyle accomplit cette fonction avec les produits de la digestion, tandis que la lymphe remplit le même rôle avec les matériaux organiques désassimilés. L'auteur a établi plus haut que la quantité de chyle et celle de la lymphe sont en raison inverse l'une de l'autre : aussi leurs fonctions sont-elles, jusqu'à un certain point, supplémentaires l'une de l'autre. Tant que l'alimentation fournit du chyle en quantité suffisante, pour réparer le sang, l'organisme n'a pas besoin de fournir ses propres matériaux ; mais si cette réparation par les substances du dehors est suspendue, la décomposition moléculaire s'accroît et la lymphe devient à la fois plus abondante et mieux constituée ; d'où l'on arrive à cette conclusion : que la formation de la lymphe est en raison inverse de l'alimentation et en raison directe de l'abstinence. Il ne faut pas croire cependant que cette proposition soit vraie jusqu'au bout. Ainsi, chez les chiens soumis à l'abstinence, la lymphe augmente progressivement pendant sept à douze jours ; les vaisseaux lymphatiques sont gonflés et turgescents ; cette lymphe devient plus consistante, plus visqueuse, plus opaline, plus rouge, plus fibrineuse. Mais, à partir de cette période, la quantité et la qualité de la lymphe diminuent graduellement, et dans les les dernières heures de la vie il ne se forme plus qu'un halitus séreux peu sensible, incolore et inodore.

Il y a peu de chose à dire relativement aux influences de l'âge, du sexe et du tempérament. La lymphe se forme tardivement et imparfaitement chez le fœtus. Pendant l'enfance, au contraire, elle abonde d'une manière remarquable, ce qui tient au besoin incessant de réparation qui se fait sentir à cet âge. La lymphe, selon Hewson, n'y serait cependant pas encore concentrée comme dans l'âge adulte. Chez le vieillard, elle diminue, ou du moins les lymphatiques s'affaissent et les ganglions s'atrophient. Relativement aux tempéraments, M. Bouisson, tout en admettant qu'il y a bien quelques réformes à introduire dans cette doctrine, pense néanmoins que le tempérament lymphatique est le mieux démontré comme étant l'expression d'un mode d'être spécial de la nature humaine. Les différences de la lymphe suivant les races humaines sont peu connues. Sœmmering est porté à admettre dans la lymphe des nègres la présence du pigment caractéristique de cette race, et il dit avoir reconnu l'existence de la matière noire dans plusieurs ganglions. M. Bouisson a fait la même observation sur deux cadavres de nègres apportés de la maison centrale de Nîmes à l'école pratique de Montpellier, et il a fait vérifier aux assistants l'état mélanique des ganglions, notamment de ceux du bassin. Considérée, enfin, dans la série animale, la lymphe se rattache au perfectionnement organique et ne se trouve que chez les animaux vertébrés.

La quatrième et dernière section a pour objet la lymphe à l'état pathologique. M. Bouisson a dû se borner à de simples aperçus ; car il avait toute la pathologie à passer en revue à propos de la part que peut prendre la lymphe aux diverses maladies. Il ne nous est même guère aisé de l'y suivre à cause de l'extrême concision avec laquelle tant de points importants ont dû être traités. Deux tendances, dit-il, ont arrêté les progrès de l'observation sur les altérations particulières de la lymphe : d'une part, le joug traditionnel des anciennes doctrines ; de l'autre, la considération trop exclusive des lésions de tissu développées dans l'appareil absorbant. Les alterations de la lymphe, ajoute-t-il plus loin, ne sont pas un sujet de recherches de stérile curiosité ; leur détermination serait nécessaire pour la solution de divers problèmes de pathogénie ; elle compléterait l'hématologie pathologique qui a pris un si rapide essor dans ces dernières années.

Lorsqu'une atteinte profonde est portée aux forces de l'organisme vers la fin des affections chroniques, dans les cachexies, la lymphe se trouve altérée dans sa quantité qui prédomine sur les autres fluides, dans sa qualité par une proportion exagérée d'albumine, particulièrement dans les hydropisies.

Dans l'état inflammatoire, la lymphe aug-

mente aussi en quantité et se charge en même temps de principes excitants ; elle admet de la matière colorante rouge ; la proportion de fibrine s'accroît comme dans le sang : de là résulte le gonflement et quelquefois la phlegmasie consécutive des ganglions. Cet effet, suivant M. Bouisson, dépend bien plus de l'impression produite sur les ganglions par la lymphe chargée de fibrine que de la propagation de la phlegmasie par continuité de tissu.

La lymphe, en servant de véhicule aux matières absorbées par ses vaisseaux propres, peut s'altérer au contact des nouveaux matériaux avec lesquels elle est associée. C'est surtout en passant par les ganglions que la lymphe altérée révèle sa viciation. Il semble que la lymphe veuille y déverser son principe miasmatique en entier, et si l'obstacle est franchi par le principe altéré, alors se manifestent des symptômes de putridité.

Les altérations de la lymphe ne sont pas encore assez nombreuses ni assez bien déterminées pour qu'on puisse en faire une classification. M. Bouisson se borne à les comprendre sous trois chefs principaux.

1° Modifications morbides de la lymphe relatives à sa quantité, à ses propriétés. — L'extrême diminution de ce liquide s'observe particulièrement dans l'obésité ; son abondance coïncide avec l'œdème, l'anasarque et divers genres d'hydropisie. Mais ces changements de quantité ne constituent que des faits secondaires.

On a observé des espèces de varices lymphatiques, des tumeurs lymphatiques ; ces dernières ont surtout fixé l'attention des observateurs allemands. La rupture des vaisseaux lymphatiques peut donner lieu à la perte de la lymphe ; leurs blessures ne se cicatrisent que difficilement et tendent à passer à l'état fistuleux, en raison du suintement continuel de la lymphe. Cet accident ne présente néanmoins aucun danger sérieux, l'organisme tolérant sans débilitation les effets de la lymphorrhagie. Enfin, suivant les cas, la fibrine est en proportion prédominante, et alors elle est facilement coagulable ; ou bien c'est le véhicule aqueux qui l'emporte.

2° Lésions de la lymphe dépendant de diverses maladies.— C'est surtout dans les diverses formes d'angioleucite que l'on voit la lymphe subir des altérations très remarquables. Dans l'état aigu, elle est rougeâtre et abondante, d'apparence albumineuse et trouble, et enfin la fibrine augmente jusqu'à ce que la capacité de dissolution du véhicule étant surpassée, cette substance se concrète et forme des dépôts plastiques, reconnaissables soit dans les vaisseaux, soit dans les ganglions. A l'état chronique, les changements de la lymphe, pour être plus lents, n'en sont pas moins évidents. Mais c'est surtout dans le farcin aigu que la lymphe est altérée.

Dans la maladie scrofuleuse le sang reste à un état inférieur de formation qui fait prédominer l'albumine ; la lymphe subit une modification analogue ; elle est tellement abondante qu'elle distend le tissu des ganglions qui s'engorgent : de là la fréquence des adénites.

L'altération de la lymphe dans l'infection syphilitique est d'un ordre essentiellement dynamique et qui échappe, par conséquent, aux investigations physico-chimiques. Mais elle se révèle par des faits tellement incontestables qu'on ne saurait la nier. La lymphe est si bien le véhicule du virus qui irrite les ganglions que si une cause mécanique s'oppose au transport de cette humeur par des lymphatiques dirigés dans un sens, l'infection de l'économie se fait dans un sens différent. M. Ricord dit avoir vérifié, sous ce rapport, l'action préservative qui résulte de la pression continue des bandages herniaires.

3° Altérations de la lymphe par son mélange avec divers éléments étrangers à sa composition. — Un liquide semblable à du sang a été trouvé dans les vaisseaux lymphatiques. Divers fluides sécrétés ont pu être résorbés et mélangés avec la lymphe. Ainsi, on y a trouvé de la bile, des éléments de l'urine. Assalini et Sœmmering ont trouvé du lait dans les lymphatiques de l'aisselle. C'est surtout le pus qu'on a trouvé dans les vaisseaux lymphatiques. Ce pus est le plus ordinairement dû à l'influence directe de l'inflammation des vaisseaux absorbants. On n'a pas pu aussi bien s'assurer si ce dernier fluide pouvait pénétrer par voie d'absorption dans le système lymphatique. Quoi qu'il en soit, la viciation de la lymphe par le pus produit les mêmes accidents que la phlébite, quoiqu'à un degré moins rapide et moins énergique.

Des débris de tissus détruits par des lésions organiques ont été trouvés à l'état de suspension dans la lymphe. C'est ainsi qu'on l'a vue charrier des molécules calcaires, et d'autres fois des productions hétéroplastiques, telles que de la matière tuberculeuse. La matière cancéreuse peut aussi passer par voie de résorption dans le système lymphatique et disposer les ganglions à subir la même dégénérescence. Il en est de même de la matière mélanique.

On voit donc, dit M. Bouisson, en terminant son intéressante monographie, que la participation de la lymphe à l'état pathologique ne saurait être douteuse. Cette participation est encore prouvée par l'action presque spécifique de certains médicaments, tels que l'iode et le mercure. Les grands agents de la thérapeutique, en modifiant l'action absorbante, impriment un changement proportionnel à la lymphe. L'activité du système absorbant est éveillée et concourt à la résorption des liquides épanchés, à la disparition des tumeurs d'origine nouvelle. Or, la lymphe, en pareil cas, se constitue avec les éléments qui proviennent de la destruction moléculaire de ces formations morbides. Aussi Hunter appelait-il l'absorption la *chirurgie de la nature*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Précis de médecine opératoire ; par J. LISFRANC ; tome 1er (1), près de 900 pages, in-8°, chez Béchet jeune, 1845. — L'ouvrage du chirurgien de la Pitié, promis depuis tant d'années, a commencé à paraître par livraisons vers le mois de mai 1845, et il est actuellement arrivé à la septième.

Comme Sabatier, M. Lisfranc a décoré son livre du titre de *Médecine opératoire*, et en cela il a voulu proclamer la tendance de la chirurgie éclairée à se fondre avec la médecine, à ne se considérer que comme une dernière ressource de la thérapeutique dont l'homme de l'art, à la fois médecin et chirurgien, doit savoir également manier tous les agents. A ces conditions, la chirurgie, bien loin de perdre de sa valeur scientifique, la verra considérablement rehaussée ; car s'il est quelquefois permis dans certaines localités à un médecin de n'être pas chirurgien, nulle part il ne le sera à un chirurgien de n'être pas médecin. Il est inutile d'insister sur cette thèse que M. Lisfranc a en quelque sorte faite sienne à l'hôpital de la Pitié. C'est à l'heureuse alliance de la médecine et de la chirurgie que M. Lisfranc attribue tous ses succès, c'est à elle qu'il doit, dit-il, de n'avoir perdu que trois opérés sur une centaine en l'année 1844, résultat en effet admirable et pour l'authenticité duquel il renvoie aux registres de l'hôpital de la Pitié. Il faut avouer, du reste, que tous les chirurgiens, à très peu d'exceptions près, sont entrés dans cette voie, et il n'en est certes aucun qui ne se crût injurié de n'être considéré que comme un habile exécuteur de manœuvres opératoires.

Il est dans la description des procédés opératoires certaines expressions qu'un usage traditionnel avait depuis longtemps consacrées pour indiquer la direction des lignes imaginaires à faire suivre à l'instrument ; tels sont ces mots, empruntés, d'ailleurs, à l'anatomie descriptive : *oblique de haut en bas, de dehors en dedans, d'arrière en avant, de gauche à droite*, etc. M. Lisfranc a fait table rase complète de ces vagues expressions, et il leur a substitué des termes empruntés au système linéaire, dont la précision est presque toujours mathématique ; en indiquant encore l'angle formé par l'instrument avec l'axe du membre sur lequel il agit, il a aussi géométriquement montré la direction qu'il doit affecter ou suivre. Afin de donner une idée de cette nouvelle méthode de description, nous ne pouvons mieux faire que de rapporter les propres expressions de l'auteur. « Pour ne citer, dit-il, qu'un seul exemple, nous nous bornerons aujourd'hui à dire que si l'on pratique l'amputation circulaire des membres dans leur continuité, que si l'on fait une seconde fois la section des fibres musculaires adhérentes à l'os, on est obligé d'indiquer par les *obliqueries*, que repoussent le sens commun et une éducation libérale, la direction que doit présenter le couteau relativement au membre ; tandis qu'en énonçant l'angle que forme l'instrument avec l'axe de ce membre et le côté ou siége le sinus de cet angle, on aura énoncé un principe rigoureux qui ne laissera rien de vague, d'incertain après lui, et qui montrera au monde savant que la médecine opératoire est décrite par des hommes dont l'esprit a été cultivé. »

M. Lisfranc a puisé aux sources anciennes et aux modernes ; mais il s'est abstenu de cette érudition de luxe qu'on peut aller chercher dans l'ouvrage de Plouquet et qui appartient plus spécialement aux livres qui traitent de l'histoire de la médecine et de la chirurgie.

Avant d'entrer dans les détails des opérations en particulier qui constituent chacune des divisions de la médecine opératoire, M. Lisfranc s'est attaché d'abord à présenter des faits généraux et sagement groupés : ainsi il a établi des lois générales pour la ligature des artères, pour les désarticulations, pour les amputations des membres dans leur continuité, pour l'extirpation, pour l'amputation des tumeurs, pour le toucher, etc., etc.

M. Lisfranc avertit le lecteur, dans sa préface, qu'il a fait de la polémique dans son livre. On peut voir, en effet, à partir de la quatrième livraison surtout, qu'il a largement tenu sa promesse. Nous regrettons toutefois que l'auteur s'acharne presque uniquement contre la personne d'un chirurgien honorable dont le défaut capital est sans doute d'avoir été son compétiteur. Mais telle est la nature de l'homme, et particulièrement celle du médecin, qu'il lui est presque impossible d'estimer le confrère qu'il n'aime point, ni même de vivre du moins en paix avec lui. Si nous pouvions avoir quelque influence sur l'esprit de l'auteur, nous lui conseillerions de purger à l'avenir son livre de ces personnalités exagérées, sans négliger pour cela de poursuivre ce qu'il croit être l'erreur.

Il nous reste maintenant à indiquer brièvement les matières contenues dans le premier volume. L'auteur y donne, comme on le conçoit bien, les règles générales des opérations, puis les opérations simples. Pour rendre son livre plus complet, M. Lisfranc imite les auteurs anglais qui font entrer les pansements et les principaux appareils dans leurs traités de médecine opératoire. Cette méthode n'est pas suivie en France ; elle rendrait un cours particulier d'opérations interminable ; mais elle trouve naturellement sa place dans un traité de manœuvres chirurgicales. M. Lisfranc ne se borne pas à cela ; il se livre souvent à des digressions sur le terrain de la pathologie ; mais ces digressions sont presque inévitables dans un livre comme le sien, et elles ont bien ici leurs avantages, car elles font connaître la pratique particulière de l'auteur. Le premier volume se termine par les amputations pra-

(1) Voy. aux annonces des derniers nos.

tiquées dans la continuité des membres. Nous nous livrerons, du reste, à un examen détaillé de cet ouvrage qui fixe si vivement l'attention des praticiens.

Revue des journaux français et belges.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur l'emploi thérapeutique de l'huile de cade ou de genévrier dans les affections eczémateuses de la peau et principalement dans l'ophthalmie scrofuleuse; par le docteur SERRE, d'Alais. — L'huile de cade, connue autrefois sous le nom d'huile pyrogénée de bois d'oxycèdre, s'obtient par la distillation du bois de genévrier, *juniperus oxycedrus*, qui croît dans le midi de la France, en Espagne, dans les terrains les plus rocailleux et les plus secs. Elle est extrêmement employée dans la médecine populaire, et ce sont les bons effets que l'auteur lui a vus produire entre les mains des bergers et des bonnes femmes qui l'ont engagé à l'expérimenter pour en déterminer et en régulariser l'emploi. Ce produit, malgré son bas prix (1 franc le demi-kilogr., aux environs d'Alais), est encore exposé à être sophistiqué au moyen de l'addition d'une solution saturée de sel marin. Bien préparée, l'huile de cade est un liquide brunâtre, ayant la consistance d'une huile épaisse; elle est très inflammable et sert même à l'éclairage; son odeur est forte, résineuse, analogue à celle de la viande fumée, mais plus désagréable; sa saveur est âcre et caustique.

Dans le Languedoc, les commères appliquent l'huile de cade à l'odontalgie, et l'auteur a vu souvent des douleurs intolérables de dents calmées par l'introduction d'une goutte de ce liquide dans le trou de la dent cariée. Elles l'administrent encore d'une manière générale dans les affections vermineuses des enfants, depuis une vingtaine de gouttes, dans de l'eau sucrée, jusqu'à une cuillerée à café. De plus, on barbouille la lèvre supérieure de l'enfant, l'intérieur des narines, les tempes, le cou avec cette huile, afin d'en saturer l'atmosphère qu'il respire. M. Serre n'a jamais employé l'huile de cade comme anthelmintique; mais il a la conviction qu'elle a été souvent fort utile.

Les premiers essais de l'honorable praticien d'Alais avec l'huile de cade ont porté sur la gale. Elle réussit si bien et si vite qu'il en a fait son unique méthode. Trois ou quatre frictions suffisent d'ordinaire pour dissiper une gale récente. Lorsque celle-ci est invétérée et qu'il s'y joint un état eczémateux avec suintement, il a encore réussi à guérir par l'huile de cade quand tous les traitements avaient échoué. Quatre ou cinq jours d'onctions ont guéri, chez un homme de soixante ans, une gale avec écoulement eczématique des plus abondants aux bras et aux jambes, datant de six mois. Une dartre lichénoïde de la main, rebelle à tous les moyens pendant plus d'une année, a guéri en six semaines par les seules onctions d'huile de cade. Ainsi ont également guéri un grand nombre de maladies de la peau présentant les formes eczémateuse, herpétique, papuleuse, au moyen d'onctions d'huile de cade pure faites tous les deux jours sur les parties.

Une particularité fort remarquable, c'est la formation d'une pellicule analogue à l'épiderme par l'action de l'huile de cade. Cette pellicule se forme du 4e au 5e jour; elle est lisse et presque transparente; du 5e au 6e jour elle se casse, et tombe du 7e au 10e, laissant voir la surface malade guérie ou en voie rapide de guérison.

Mais c'est surtout dans l'ophthalmie scrofuleuse, cette affection si tenace, si sujette aux rechutes, que l'huile de cade, ou, si elle fait défaut, le bain de sublimé, sont pour M. Serre le traitement par excellence, à l'aide duquel, depuis plusieurs années, il n'a pour ainsi dire pas trouvé dans ces circonstances d'ophthalmie scrofuleuse rebelle. Pour cette dernière, il a plus de vingt observations concluantes. Il se borne à citer celle d'un homme qui depuis dix-huit mois était atteint d'une ophthalmie scrofuleuse des plus opiniâtres. Après avoir en dernier lieu passé six mois à Montpellier entre les mains de MM. Serre et Lallemand, cet homme était revenu à Alais désespéré et voyant à peine pour se conduire. L'idée que les affections de la conjonctive tiennent souvent de la nature des maladies de la peau engagea M. Serre d'Alais à passer chez le malade un pinceau trempé dans cette huile sur l'intérieur de la paupière inférieure renversée et puis abandonnée à elle-même. La cuisson fut peu vive et très courte. Le lendemain, l'œil où l'huile avait été appliquée se trouvait dans un état satisfaisant. Trois applications faites tous les deux jours à chacun des yeux, sans aucun autre remède, ont suffi pour obtenir en huit jours une guérison complète. Deux ans se sont écoulés depuis, et il n'y a pas eu de récidive.

Chez les jeunes sujets, comme chez l'adulte, M. Serre, d'Alais, n'emploie qu'en dernière ressource l'huile de cade et les bains de sublimé. Chez les enfants, il n'a jamais eu besoin de porter le remède sur l'œil ou les paupières pour guérir les ophthalmies les plus opiniâtres; de simples onctions sur le front, les tempes, les pommettes, et extérieurement sur les paupières, ont le plus souvent suffi, aidées dans quelques cas de l'introduction d'une goutte d'huile de cade dans chaque narine.

Une remarque générale de la plus haute importance, c'est que si la guérison, ou une amélioration notable, ne sont pas obtenues au bout du 5e ou du 6e jour, l'on ne doit plus compter sur l'huile de cade. Mais il reste un moyen thérapeutique à l'aide duquel M. Serre a toujours réussi alors, c'est le bain de sublimé; et, par une singularité inexplicable, lorsque ce moyen, employé le premier contre

l'ophthalmie, avait échoué, l'huile de cade réussissait à son tour.

Les bains de sublimé se préparent pour les adultes avec 4 grammes de sublimé corrosif, et 2 grammes pour les enfants. Les malades doivent y séjourner deux heures et se laver presque constamment la figure avec l'eau du bain. Cinq ou six bains, un par jour, suffisent pour la guérison. (*Février* 1846.)

De l'incontinence d'urine nocturne chez les enfants et de son traitement par les ferrugineux. — M. Max. Simon ne préconise pas le fer comme devant toujours réussir; mais tant de moyens échouent si souvent contre l'énurésie nocturne que c'est encore une précieuse ressource que de pouvoir, dans quelques cas, fussent-ils exceptionnels, guérir au moyen des préparations ferrugineuses. M. Simon, médecin habituel d'un pensionnat de jeunes personnes, a souvent réussi, principalement chez les jeunes filles. Il ne faut cependant pas croire qu'elles soient impuissantes chez les hommes. L'auteur cite un très beau cas de guérison obtenu chez un jeune homme de dix-sept ans. (*Ibid.*)

Note sur l'efficacité des vésicatoires ammoniacaux dits aux pièces de monnaie, pour dénuder sûrement la peau dans la méthode endermique. — Voici le procédé employé par le docteur S.-V. Lafargue, de Saint-Emilion. Quelques gouttes d'ammoniaque à 22 degrés, une pièce de monnaie, deux rondelles superposées de linge demi-usé, constituent l'appareil. On place la pièce de monnaie, qui est ordinairement un écu de cinq francs, sur le plateau d'une assiette; les deux rondelles de linge sont posées sur l'aire de la pièce qui doit légèrement dépasser leur diamètre; on verse de l'ammoniaque liquide sur les rondelles ainsi disposées, jusqu'à complète imbibition, et on applique sur-le-champ ce disque par sa *surface linge* sur le point de la peau que l'on veut dépouiller de son épiderme. Le tout est maintenu exactement en pesant avec modération sur la pièce de monnaie avec la pulpe d'un ou des deux doigts. Au bout de dix minutes, la peau est devenue rouge à la circonférence du disque : c'est le signal qu'il est temps d'enlever le petit appareil. L'épiderme se présente alors soulevé par de légères rides et quelquefois parsemé çà et là de phlyctènes remplies d'une sérosité limpide. Si on ne peut le soulever en le pinçant avec les ongles, il suffit d'exercer quelques frictions avec le bout de l'index coiffé d'un linge un peu rude : la cuticule, se détachant aussitôt en entier, laisse à nu une surface d'un rouge pâle qui n'est autre que le derme, c'est-à-dire une plaie éminemment absorbante.

Il est à peine besoin de dire que la pièce de monnaie a pour but de s'opposer à l'évaporation de l'alcali. On peut obtenir des vésicatoires de moins en moins étendus en substituant à la pièce de cinq francs des pièces de deux francs, d'un franc, de cinquante et même de vingt-cinq centimes. Ce sont autant de petits topiques très précieux contre les névralgies de la face du crâne. M. Lafargue pense que ces vésicatoires ammoniacaux dits aux pièces de monnaie sont d'un emploi beaucoup plus aisé que la célèbre pommade ammoniacale de Gondret. Depuis cinq ans il les emploie avec le plus grand succès dans les névralgies et les douleurs rhumatismales. (*Ibid.*)

JOURNAL DE MÉDECINE.

De l'emploi du sel marin dans quelques affections gastriques et intestinales; par M. Ch. Lasègue.— Voici, d'abord, comment on prépare ce médicament : dans un verre de capacité ordinaire on fait dissoudre deux grammes de sel marin pour dix grammes d'eau environ. Au moment de s'en servir, on remplit le verre aux trois quarts avec de l'eau de Seltz, et on prend le tout avant que l'évaporation de l'acide carbonique ait eu le temps de s'opérer. Aucun malade n'a jamais répugné à se servir de cette préparation; il n'existe ni soif exagérée, ni nausées, ni dégoût. On doit, en général, en ordonner deux ou trois verres pris le matin à jeun et à un quart d'heure de distance.

Les affections gastro-intestinales, pour être traitées par ce moyen, ne doivent pas présenter les phénomènes propres aux maladies aiguës. Voici quels phénomènes ils présentent d'habitude : douleurs sourdes, passagères, à l'épigastre; tiraillements incommodes dans l'intervalle des repas, le matin surtout; pesanteur après les repas avec propension au sommeil, face rouge et peu chaude; les vêtements serrés sont alors insupportables. Bouche brûlante; appétit persistant. Cet état, ordinairement intermittent, dégénère quelquefois en une cardialgie vive, mais peu durable; peu de troubles intestinaux. Le caractère prédominant, celui qui indique le plus l'emploi du sel marin, consiste dans des éructations insipides et inodores. Tel est ordinairement le début des dyspepsies chroniques. Le sel marin administré avec l'eau de Seltz fait assez promptement justice de ces gastralgies modérées.

Voici des symptômes d'une autre nature contre lesquels le sel marin est encore bien indiqué : ce sont des gastralgies intermittentes auxquelles succèdent des diarrhées peu abondantes, il est vrai, mais qui ne disparaissent que par le retour des accidents gastriques qu'elles ont remplacés. Cet état maladif s'accompagne plus souvent que le précédent d'anorexie. Après plusieurs alternatives de symptômes cardialgiques et de diarrhée, celle-ci finit par passer à l'état chronique. Les purgatifs salins la suppriment assez bien; mais, comme on ne peut les continuer toujours, ils n'amènent point de guérison complète. Le meilleur moyen à employer dans cette circonstance est l'usage du sel pendant quinze jours au moins.

Il est enfin une autre circonstance où le sel marin rend d'assez bons services : c'est dans

ces tuberculisations anormales pendant le cours desquelles l'estomac fonctionne mal, les malades restant dans un état d'anorexie qui précipite leur fin. Le chlorure de sodium, préconisé déjà d'ailleurs parmi les palliatifs de la phthisie, est ici d'un excellent emploi.

(*Février* 1846.)

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Note sur le traitement de la diathèse purulente; par le docteur Jean-Paul TESSIER, médecin des hôpitaux. — L'auteur regarde la diathèse purulente comme constituant une maladie essentielle, *sui generis*, indépendante de toute autre maladie, ayant par conséquent une existence pathologique propre, et devant occuper sa place dans la nosologie. Un traitement bien ordonné de cette affection doit être à la fois curatif et préventif.

Traitement curatif. — La maladie débute-t-elle par une inflammation, quel que soit le siége de celle-ci, il faut, autant que possible, s'en rendre maître par une médication antiphlogistique appropriée, et qui consiste : 1° dans l'application sur les foyers inflammatoires de 20 à 30 sangsues, répétées plusieurs fois dans les quarante-huit premières heures; 2° dans l'immersion des malades dans des bains tièdes aussi longtemps prolongés et aussi souvent répétés que les forces des malades le permettent; 3° dans l'immersion des membres affectés dans des bains locaux tièdes pendant l'intervalle des grands bains et des applications de sangsues. Quand c'est impossible, on a recours aux topiques émollients. S'il y a un mouvement fébrile intense, on fait dès le début une large saignée du bras. On attend ensuite pour agir l'invasion des affections locales, lesquelles s'annoncent d'ordinaire au bout de trois jours par des douleurs erratiques. Lorsque celles-ci deviennent fixes et prédominantes, elles annoncent un abcès et c'est le moment d'agir localement.

Cette énergique médication réduit le malade à l'état lipothymique et modère les accidents, mais sans terminer la maladie, qui abandonnée à elle-même ramènerait les accidents primitifs. C'est en pure perte qu'on se met alors en frais d'émétique, d'ipécacuanha ou de calomel; le sulfate de quinine a quelquefois enrayé la maladie, lorsque les frissons se répétaient régulièrement; mais cette médication est le plus souvent infidèle dans les cas graves. Voici celle qui a paru le plus efficace à l'auteur:

Quand le traitement antiphlogistique touche à sa fin et que le malade est tombé dans un état de faiblesse nerveuse, M. Tessier administre l'alcoolature d'arsenic de la manière suivante :

Pr. Eau sucrée ou sirop simple, 250 grammes.
Alcoolature d'arsenic, 8 —

Mêler une cuillerée de cette liqueur à la boisson du malade, de manière qu'il ait pris au moins la moitié de la dose dans les vingt-quatre heures; continuer ensuite en augmentant ou en diminuant la dose suivant la persistance des accidents ou suivant l'amélioration obtenue.

En même temps on fait sur les foyers inflammatoires des onctions avec une pommade à l'iodure de plomb. Le linge qui sert à l'onction est recouvert de cataplasmes émollients.

L'action thérapeutique de l'aconit n'est d'ordinaire sensible qu'après douze heures de son emploi. Si on le cesse trop tôt, on est obligé d'y revenir par le retour des accidents. L'aconit ne jugule pas la maladie, mais il la modère, la rend bénigne.

Lorsque la maladie est très grave, comme à la suite des grandes opérations, comme dans la diathèse purulente épidémique des femmes en couches, il faut recourir dès le début à l'aconit et en presser les doses, afin d'en saturer l'économie.

Traitement préventif. — C'est encore l'aconit qui joue ici le principal rôle dans les circonstances où l'on a à redouter l'invasion de la diathèse purulente. L'aconit modère l'inflammation et la fièvre chez les blessés; néanmoins l'expérience n'ayant point été faite sur les nouvelles accouchées, l'auteur se fient sur la réserve en ce qui les concerne, quoiqu'il ne voie pas quel inconvénient il pourrait avoir sur une nouvelle accouchée qui ne nourrit pas son enfant. Son innocuité chez les amputés ainsi que son efficacité lui paraissent incontestables.

L'efficacité du traitement curatif ne s'est point encore démentie, particulièrement dans des fièvres puerpérales parfaitement confirmées, depuis 1843 que l'auteur l'a employé, et des médecins qu'il cite n'ont eu également qu'à s'en louer.

M. Hélot, aujourd'hui chirurgien à Rouen, se trouva très gravement affecté à la suite d'une piqûre d'amphithéâtre. Après une médication antiphlogistique très énergique, la rémission fut obtenue par l'administration de l'aconit. Toutefois il n'en suppura pas moins de la tête aux pieds. M. Nélaton, qui fut témoin de ce résultat, eut dernièrement l'occasion d'administrer l'aconit dans un cas de diathèse purulente. L'observation rapportée par l'auteur témoigne que le malade a guéri. Le cas, il est vrai, n'était pas des plus graves.

M. Tessier ne croit cependant pas que l'aconit agisse dans la diathèse purulente comme spécifique; il pense qu'il agit à peu près comme l'émétique à haute dose dans la pneumonie.

On va trouver dans l'article suivant un autre moyen aussi récemment préconisé, mais spécialement pour les cas chirurgicaux.

(21 *mars* 1846.)

ARCHIVES DU MIDI (1).

De la cautérisation employée comme moyen préventif et curatif de la résorption purulente; par le docteur H. Méli. — C'est M. Bonnet, de Lyon, qui a eu le premier l'idée d'employer les caustiques dans bon nombre de maladies

(1) Journal mensuel qui se publie depuis quelques mois à Marseille.

où l'instrument tranchant expose à des phlébites, telles que les varices des membres inférieurs, les varicocèles, les hémorrhoïdes, les abcès froids. Il préconisa ensuite cette méthode comme moyen de prévenir et de guérir l'infection purulente. Il est bon de se rappeler, à cette occasion, que les anciens, dans le but de prévenir, après les grandes amputations, non pas la phlébite qu'ils ne connaissaient pas, mais les hémorrhagies, faisaient largement usage de caustiques tels que l'eau forte, et même du cautère actuel. Le docteur Furnari rapporte, dans son *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale*, que les thébib, ou médecins arabes, ont l'habitude, après avoir fait une amputation, de tremper le moignon dans un pot rempli de poix en ébullition, ou d'appliquer dessus la pelle rougie à blanc. Le plus grand nombre des opérés guérissent.

La cautérisation du moignon ne paraît avoir encore guère été employée que par M. Bonnet, l'auteur de la méthode. Le fait suivant, qui s'est passé à l'Hôtel-Dieu de Marseille, où presque tous les amputés succombent, prouve en faveur de cette méthode :

Obs. Un homme de vingt-cinq ans, qui, dans l'ouverture d'une mine, avait eu la jambe emportée et l'articulation du genou largement ouverte, subit le jour même, 19 mai 1843, l'amputation de la cuisse au lieu d'élection. Après quelques jours passés dans un calme parfait, il survint un violent frisson, suivi d'une abondante transpiration. Le lendemain, fièvre ardente, soif vive, sècheresse de la peau, somnolence, suppuration diminuée, pus fétide et mal lié, bourgeons charnus grisâtres et affaissés. On attendait un nouveau frisson pour agir énergiquement; mais ce frisson ne se manifestant pas, l'état du malade étant toujours le même, les symptômes locaux persistant, et, de plus, la membrane pyogénique s'étant formée sur les parties découvertes du moignon, M. Cauvière se décida à les cautériser avec le fer rouge, d'après la méthode de M. Bonnet.

La cautérisation inhérente fut faite sur presque toute la surface du moignon, et le malade fut mis à l'usage de la décoction de quinquina. Bientôt la fièvre devint plus franche, la soif diminua et tous les autres symptômes diminuèrent. Quelques jours après, on eut à ouvrir, à la partie supérieure et externe de la cuisse, un abcès qui donna issue à une grande quantité de pus. Dès lors les eschares du moignon tombèrent peu à peu, et la guérison fut complète vers la fin du mois de juillet.

Au mois d'avril 1844, l'opéré se portait à merveille et travaillait dans une fabrique de soude.

(*Février* 1846.)

LA CLINIQUE DE MONTPELLIER.

Tétanos traumatique guéri par l'opium. — M. de Compigny, chirurgien aide-major au 2e dragons, rapporte un cas très intéressant sous tous les points de vue, observé chez un zouave âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament nerveux, qui fut blessé à Médéah, le 14 janvier 1841, par une balle qui lui traversa la partie moyenne de la jambe gauche. Ce qu'il y a de remarquable, d'abord, et ce qui marque jusqu'où doit aller la vigilance du chirurgien dans ces circonstances, c'est que, le jour même où se manifestèrent les premiers symptômes de tétanos, le malade avait été le matin même autorisé à sortir de l'hôpital comme guéri. On en était au vingt-septième jour après la blessure, et il ne restait plus qu'un pertuis que l'on touchait avec le nitrate d'argent. Le lendemain, les symptômes propres au tétanos se dessinèrent davantage : trismus et rigidité du cou. Le même jour, deux quarts de lavement contenant chacun 50 centigrammes d'opium. Le jour suivant, le tétanos s'est étendu au tronc qui est fortement arqué en avant. Même traitement. Le soir, les souffrances sont horribles : le tétanos s'est emparé de presque tous les muscles; corps immobile, recouvert d'une sueur froide; tout annonce une fin prochaine. La dose d'opium est portée à un gramme. Pendant les six jours suivants, aucun changement notable, si ce n'est que le malade est un peu plus calme. On est étonné de le voir vivre; les opiacés sont continués. Le neuvième jour enfin, une sueur abondante survient, les muscles se détendent un peu, et les douleurs offrent quelque rémission. On continue toujours l'opium à haute dose. La guérison commence dès lors à s'effectuer sans la moindre interruption, mais avec une lenteur extrême. Les symptômes tétaniques ne cessent complètement que vingt-six jours après leur apparition, le 7 mars. Le malade n'est renvoyé que le 3 avril.

(*Février* 1846.)

L'enfant peut-il respirer dans le sein de sa mère? — M. Tourtois, médecin à Lestrem (Pas-de-Calais), répond à cette importante question de médecine légale par le fait suivant que nous lui laisserons rapporter lui-même :

« Je fus appelé dans la nuit du 5 au 6 novembre de l'année dernière pour accoucher la femme M., âgée de trente-deux ans, déjà mère de plusieurs enfants. J'appris, en arrivant, que la rupture des eaux avait eu lieu depuis une demi-heure environ. Les douleurs commençaient à être assez fortes. Je pratiquai le toucher et reconnus de suite une présentation de la face en troisième position. La tête se trouvant descendue dans l'excavation du bassin, et jugeant la version d'une extrême difficulté, je cherchai, mais en vain, à lui donner une meilleure direction. Ayant introduit deux doigts dans la bouche de l'enfant, je fus tout étonné de me les sentir sucer avec force. Émerveillé pour ainsi dire de ce phénomène, j'en fis part aux assistants qui n'en furent pas moins surpris que moi.

» Pendant une demi-heure je portai plu-

sieurs fois les doigts dans la bouche de cet enfant, qui respirait sans être né, et toujours il les suçait avec la même énergie. En ce moment, je regrettai bien vivement de ne pas avoir à ma disposition un biberon qui m'aurait servi à lui porter du lait dans la bouche, persuadé que j'étais qu'il en aurait avalé une certaine quantité.

» Depuis vingt-quatre ans que je pratique les accouchements, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'introduire les doigts dans la bouche d'un enfant présentant la face, mais jamais il ne m'est arrivé de le sentir sucer. Du reste, l'accouchement se termina par les seules forces de la nature. La femme, étant bien constituée, fut délivrée vers six heures du matin, et mit au monde une fille du poids de six livres, pleine de vie, et qui une heure après sa naissance suçait le sein de sa mère avec avidité. »

(*Ibid.*)

JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

Considérations pratiques sur la fissure à l'anus et sur son traitement; par M. le docteur J.-H. THIRY. — L'auteur a obtenu des résultats aussi heureux que MM. Bretonneau et Trousseau dans le traitement de la fissure à l'anus par l'emploi du ratanhia en lavements (1). Cette médication lui paraît la plus facile, la plus généralement efficace et la plus prompte. Relativement à la promptitude de la guérison, nous entendions dire dernièrement à un chirurgien des hôpitaux, professeur de la Faculté, qu'il allait opérer une malade atteinte de fissure à l'anus, parce que celle-ci voulait en finir promptement, et que cette méthode était la plus expéditive. L'opération fut donc pratiquée. Cependant la malade ne put sortir de l'hôpital que quinze jours après. Ainsi les résultats de l'opération ne sont pas toujours aussi prompts que le disent ses partisans.

M. Thiry fait observer avec raison qu'il importe de faire précéder et accompagner l'administration du ratanhia, de l'emploi des purgatifs doux, des émollients et d'un régime sévère. Dans les cas où les douleurs, les démangeaisons et la constriction spasmodique seraient excessives, les bains de siége, le froid et les calmants seraient inutilement appliqués.

Il est des fissures qui sont le résultat d'un vice local ou d'une diathèse; il faut, dans le premier cas, modifier de prime abord l'état de la fissure; dans le second, il faut commencer par combattre la diathèse et ramener la constitution à l'état normal.

D'autres fissures sont tellement inhérentes, qu'il est pour ainsi dire impossible d'en obtenir la guérison; dans certains cas il faut savoir les respecter; car ce sont des émonctoires salutaires produits par la nature.

L'opération de Boyer n'est pas sans danger. Si exceptionnellement on rencontrait des fissures tellement graves que l'opération semblerait avantageuse ou indispensable, on devrait, de préférence, recourir à la section sous-cutanée. Encore l'opération n'agirait-elle alors que contre un symptôme, et il faudrait, pour obtenir une guérison complète, venir à son aide avec des moyens appropriés.

M. Thiry, enfin, ne considère la cautérisation, la dilatation, les altérants, les astringents et les narcotiques que comme de simples adjuvants. (*Janvier* 1846.)

Revue des journaux allemands et russes.

ŒSTERREICHISCHE MEDICINISCHE JAHRBUCHER.

Sur les avantages des feuilles et de l'écorce verte du fruit du juglans regia (noyer).—Le professeur HAUSE, d'Olmutz, propose ce remède contre les ulcérations cutanées plus ou moins opiniâtres qui se montrent quelquefois sur les côtés du cou, s'accompagnent de l'obstruction et du gonflement des glandes circonvoisines. Il le propose pareillement dans la teigne furfuracée de la tête, dans la teigne faveuse, dans l'herpes phlycténoïde furfuracé, dans l'herpes phlycténoïde exulcéré, dans les tuméfactions chroniques des parties molles siégeant aux aines, autour des articulations, autour des os, et enfin dans d'autres altérations pathologiques analogues. Pour retirer de cette méthode tous les avantages possibles, on doit veiller à ce que les conditions suivantes soient exactement remplies.

1° L'alimentation sera conforme aux goûts du malade, mais tirée autant que possible du règne animal. 2° Les soins de propreté seront minutieux. 3° Le suc récemment exprimé sera administré d'abord à la dose de deux cuillerées à café par jour; huit jours après on ajoutera une troisième cuillerée, puis une quatrième après une nouvelle semaine; on reviendra ensuite à la dose primitive en rétrogradant de la même manière pour recommencer ensuite comme précédemment. 4° L'infusion se préparera avec un gros de feuilles récentes et un scrupule d'écorces (si ces substances sont sèches, on en doublera et même on en triplera la dose) pour six onces de véhicule, à prendre dans le cours de la journée. 5° L'extrait s'administre sous forme pilulaire depuis huit ou dix grains jusqu'à un scrupule. 6° Chez les enfants, il convient de l'administrer sous la forme d'un sirop que l'on prépare avec parties égales de suc de feuilles de noyer et de sirop d'oranges. 7° Pour l'usage externe on peut employer avec avantage l'infusion composée avec une demi-once de feuilles ou deux gros de l'enveloppe verte de la noix pour une livre de colature. 8° Lorsqu'on a à traiter de nombreuses intumescences ganglionnaires, des ulcérations et des éruptions cutanées, on peut

(1) Voyez, dans notre numéro d'août 1840, l'article de M. Trousseau sur ce sujet.

administrer des bains généraux de feuilles de noyer. 9° Si l'on a à traiter des ulcérations de la peau sans gonflement notable des glandes voisines, il est avantageux d'ajouter à l'infusion deux ou trois grains de sulfate de cuivre. 10° Les tumeurs glandulaires devront être frictionnées légèrement plusieurs fois par jour avec de la flanelle trempée dans l'infusion. 11° Lorsque la maladie intéressera les articulations, on ajoutera aux bains de l'acide nitrique dont la dose sera proportionnée à l'état du malade. L'auteur pense que ces bains sont une des ressources les plus précieuses que nous possédions, particulièrement dans les engorgements des glandes abdominales et dans les dispositions aux affections arthritiques. Ils doivent, toutefois, être combinés à un traitement interne approprié.

MEDIZINISCHE ZEITUNG RUSSLANDS.

Du traitement de la blépharophthalmie purulente à l'hôpital Uiasdow, à Varsovie; par le docteur VON MAGAZINER. — Les yeux ayant été nettoyés, on y insuffle de 3 à 4 grains de calomel. Si immédiatement après cette insufflation les paupières se tuméfient et deviennent le siége d'une inflammation érysipélateuse, on place un gâteau d'ouate, épais d'un demi-pouce, qui recouvre un quart de pouce du rebord orbitaire, et on le fixe par un léger tour de bande. Le soir, on nettoie les yeux, et on revient à l'insufflation. A l'intérieur, il est donné un laxatif composé de calomel et de jalap. Le régime est antiphlogistique: dans les cas les plus intenses, chez des sujets sanguins et pléthoriques, une saignée est pratiquée. Il n'est pas fait usage de sangsues. Des ventouses scarifiées sont appliquées à la nuque, et leur plaie recouverte d'un emplâtre stibié. — Les malades sont placés dans une chambre modérément obscurcie; ils ne peuvent pas se coucher après les repas. — Le résultat est souvent très surprenant : parfois tous les symptômes s'évanouissent dans l'espace de huit à quinze jours, *sans laisser de granulations conjonctivales.* Dans les cas de ramollissement ou d'ulcération de la cornée, il est placé sur les paupières des compresses légères, imbibées d'une solution d'un gros de pierre infernale sur une once d'eau. Dès que ces compresses sont séchées, on en place d'autres. L'eschare que détermine l'application des compresses se forme très promptement; lorsqu'elle tombe après 4 ou 8 jours, on réapplique les compresses imbibées de solution argentique. La solution de pierre infernale n'est employée par l'auteur que dans les cas chroniques (1 à 8 grains sur 1 once d'eau); en pommade, il prescrit le sel d'argent à la dose de 1 grain sur 1 gros d'axonge, avec 12 gouttes d'acétate de plomb liquide (1). Il alterne l'emploi du sel argentique avec l'usage du sulfate de cuivre ou du précipité rouge.

(*Annales d'oculistique.*)

Revue des journaux hongrois.

MAGYAR ORVOS-SEBÉSZI ÉS TERMESZÉTTUDOMANYI EVKONYVEK (1).

Sur l'affection scrofuleuse et l'affection tuberculeuse; leur nature et leur traitement; par le docteur SCHOEPF, directeur de l'hôpital des enfants de Pesth.— L'auteur divise la scrofule en vraie et en fausse.

1° La vraie scrofule a sa source dans l'appareil digestif; elle se rattache aussi à une digestion et à une assimilation vicieuses. On l'appelle ordinairement scrofule torpide. Voici comment l'auteur en explique la formation : les aliments apportés dans l'estomac y séjournent peu, soit à cause de leur trop forte quantité et de leur mauvaise qualité, soit à cause de la diminution de la force digestive du ventricule; il en résulte un chyme et un chyle de mauvaise qualité; il se sécrète beaucoup de matière visqueuse, qui, mêlée au chyme et au chyle, bouche les opercules glandulaires de l'estomac et de l'intestin; il se produit alors presque inévitablement des acidités; de là l'avidité du malade pour les substances qui, comme la craie, les farineux, le pain grossier, etc., peuvent absorber et neutraliser les fluides visqueux et acides.

La vraie scrofule se montre sous trois formes tout-à-fait différentes, la scrofule mésentérique, la scrofule ordinaire et le rachitisme.

1° L'atrophie des glandes du mésentère, scrofule mésentérique, *pædatrophie.* — Elle provient de ce que les opercules glandulaires sont si complètement bouchés que le chyle ne peut plus les traverser pour se rendre dans le sang.

2° La scrofule ordinaire ou scrofulose dans son sens le plus rigoureux. — Ce ne sont pas seulement les glandes du mésentère, mais toutes les glandes, en général, qui sont engorgées; le sang s'appauvrit dans ses éléments essentiellement nutritifs. La difficulté de la circulation de la lymphe se manifeste par des engorgements ganglionnaires, des croûtes, des gourmes, des blennorrhées, des gonflements osseux et articulaires, etc.; la pauvreté du sang se traduit au dehors par la pâleur des téguments, la mollesse des tissus, la bouffissure générale.

3° Le rachitis. Lorsque le sang est arrivé à ce point de pauvreté et de mauvaise constitution, par le manque de globules et d'éléments ferreux, qu'il ne suffit plus à nourrir l'organisme, il ne renferme plus qu'une proportion exagérée de fluides visqueux.

L'auteur entend sans doute par-là les parties séreuses dans lesquelles l'albumine et la fibrine sont en dissolution. Du reste, nous n'attachons que peu d'importance à sa théorie toute mécanique. Voici la thérapeutique qui offre plus d'intérêt :

(1) Annales hongroises de médecine, de chirurgie et des sciences accessoires.

(1) Ce collyre, mal formulé, donne naissance à un acétate d'argent insoluble.

La médication générale consiste dans l'usage d'une nourriture suffisante, la respiration d'un air pur ; le corps du malade doit être entouré la nuit comme le jour de linges bien propres ; on le soumettra à l'emploi fréquent de bains frais et de lavages a l'eau froide. Les désordres des voies digestives seront combattus par des moyens appropriés ; on fortifiera ce système par de petites prises de rhubarbe ; aux acidités on opposera les yeux d'écrevisse et la magnésie ; enfin on fera usage de l'iodure de potassium plutôt que de l'huile de foie de morue. L'auteur ne fait presque aucun cas de cette dernière.

Les indications spéciales pour l'atrophie mésentérique sont en particulier l'emploi de la rhubarbe associée à l'antimoine et au gayac. L'iodure de potassium ne lui paraît pas bien indiqué en cette circonstance.

Dans la scrofule ordinaire, c'est le sang qu'il faut reconstituer. Dans ce but, l'auteur conseille la rhubarbe et la potasse, la *viola tricolor*, la salsepareille ; contre les engorgements glandulaires il emploie les emplâtres dissolvants et les bains irritants. Le fer convient lorsque le sujet est pâle. L'huile de foie de morue ne convient que dans peu de cas ; la ciguë est bonne dans les bains ; mais il ne faut pas l'administrer à l'intérieur.

La rhubarbe paraît encore à l'auteur le principal moyen conjointement avec les ferrugineux et les bains de gélatine.

M. Schoepf appelle fausse scrofule l'appauvrissement du sang consécutif à diverses affections chroniques des systèmes glandulaire et osseux. (*N° d'août* 1845. — *Journal für Kinderkrankheiten, n° de novembre.*)

Revue des journaux italiens.

BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE DI BOLOGNA.

Destruction d'un ver siégeant dans les chambres de l'œil humain ; observation clinique du docteur R.-C. Salvatore ALESSI, de Naples.— L'auteur est un oculiste bien connu en Italie, lequel exerce son art tour à tour dans les principales villes des États romains avec une grande réputation qui, d'après la presse médicale du pays, n'est pas usurpée. Se trouvant à Bologne dans le courant du mois de novembre, il y fit, devant la Société médico-chirurgicale, une lecture sur la découverte qu'il a faite, après une longue investigation à la loupe, d'un ver dans un œil humain, et sur les moyens qu'il a employés avec succès pour le détruire. Voici le fait.

OBS. — Un magistrat de l'Abruzze citérieure, âgé de trente ans, éprouvait depuis neuf mois des douleurs violentes à l'œil gauche, qu'on attribua tour à tour à une affection rhumatismale, puis aux vices syphilitique et herpétique, et qu'on traita longtemps inutilement par des moyens appropriés à ces causes supposées. L'œil présentait une vascularisation chronique des vaisseaux de la conjonctive ; la cornée était de couleur opaline, particulièrement à sa périphérie où l'on voyait des cicatrices de pustules. En examinant l'œil avec le microscope pour voir si la kératite était superficielle ou profonde, le docteur Alessi vit passer de la chambre postérieure de l'œil dans l'antérieure un ver qui, dans l'espace de trois minutes, passa alternativement d'une des chambres dans l'autre. Connaissant le peu de renseignements thérapeutiques consignés dans les auteurs sur les cas de ce genre, qui sont d'ailleurs fort rares, M. Alessi eut recours aux moyens suivants.

Voulant d'abord tenir en échec l'infection syphilitique et herpétique, il prescrivit des pilules d'éthiops minéral, de la poudre de salsepareille et de l'extrait d'aconit, ainsi que de la décoction de salsepareille dans du lait. Localement, il prescrivit un collyre avec la pierre divine. Il attaqua ensuite le ver lui-même en entourant l'œil de trois vésicatoires, lesquels furent pansés soir et matin avec une pommade renfermant parties égales de calomel et de poudre de santonine. Le ver ne tarda pas à périr, et au bout de quarante jours il se trouva résorbé. La kératite et la conjonctivite disparurent et l'œil recouvra l'intégrité de ses fonctions. (*Cahiers de novembre et de décembre* 1845.)

De l'invagination d'une longue portion de l'intestin avec sortie par l'anus ; guérison. — Le fait suivant, dont nous venons de donner le titre, a fourni le sujet d'un mémoire intéressant au professeur Luigi CITTADINI d'Arezzo.

OBS. — Un paysan d'une cinquantaine d'années, nommé Vincenzo Centini, se nourrissant habituellement d'aliments de difficile digestion, se trouva atteint, à la suite de fatigues excessives, le 11 août 1845, de douleurs abdominales qu'il traita lui-même empiriquement pendant six jours, sans réclamer l'assistance d'un médecin. Dans cet intervalle, les coliques augmentèrent graduellement d'intensité et de durée, il s'y joignit du vomissement, de la constipation et du météorisme. Du sixième jour au dixième, un médecin prescrivit des purgatifs huileux, des fomentations, des clystères, des bains, des saignées et des sangsues, mais sans le moindre soulagement ; le malade vomit des matières contenues dans l'intestin grêle, et le cours par en bas resta interrompu. Vers la fin du dixième jour, il survint des déjections de matières fétides et noirâtres parmi lesquelles se trouvaient des ascarides putréfiés ; le malade en fut notablement soulagé. Les évacuations alvines continuèrent les jours suivants. Le quatorzième jour, il apparut à l'extrémité anale de l'intestin une sorte de globe

consistant, qui, expulsé après de nombreux efforts, présenta l'aspect d'une masse charnue.

Examinée par le médecin ordinaire et par le professeur Cittadini, cette pièce fut reconnue pour un bout d'intestin de forme arquée, longue d'une brassée environ et accompagnée par la portion correspondante du mésentère. Les parois de ce tube intinal étaient flasques et adossées l'une contre l'autre; à ses deux extrémités, il était frangé et irrégulièrement taillé. Dans son intérieur on voyait les replis circulaires qui constituent des valvules conniventes distantes l'une de l'autre de plusieurs lignes, ce qui indiquait que la portion d'intestin expulsée appartenait à l'iléon. Le mésentère se continuait avec cet intestin ; considéré dans son ensemble, il représentait assez bien un éventail ouvert ; il offrait une consistance plus considérable que celle de l'intestin ; il était d'une teinte blanchâtre tendant au livide et on voyait apparaître dans ses replis les vaisseaux sanguins et les glandes mésentériques.

Le malade se trouva très bien de la sortie de cette portion d'intestin et il marcha ensuite rapidement vers la guérison.

Ces faits, à cause de leur rareté, sont la plupart du temps accueillis avec méfiance. L'auteur, pour sa part, en a recueilli un certain nombre. L'invagination de l'iléon dans le cœcum est celle qui se montre le plus fréquemment et qui offre le plus de danger. Aussi la guérison à la suite de l'invagination d'une brassée de l'iléon jusque dans le rectum peut-elle être considérée comme un fait extraordinaire. On ne manque pas cependant d'exemples d'invaginations encore plus étendues; mais tous ces cas ne sont pas également authentiques. Le plus remarquable est celui qui est rapporté par le docteur Baud, de Brest (*Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXXIII, p. 561). La partie gauche du duodénum avec le pancréas, le commencement du jéjunum, le mésocolon transverse et la partie droite du grand épiploon se trouvèrent invaginés dans le colon descendant ; celui-ci, à son union avec le rectum, contenait donc la fin de l'iléon, le cœcum, le colon ascendant, le transverse, de sorte qu'il ne restait de libre que quelques circonvolutions de l'intestin grêle.

Les guérisons les plus surprenantes ont été bien plus souvent dues à la nature qu'à l'art, et ces cas ne sont pas aussi rares qu'on serait porté à le croire au premier abord. M. Gaultier de Claubry, qui a recueilli les cas les plus authentiques d'expulsion de portions plus ou moins considérables d'intestin, à la suite de volvulus terminé par gangrène (*Journal universel et hebdomadaire*, 1833), rapporte que, sur vingt faits de ce genre, 11 ont été suivis de guérison complète et permanente, sauf quelques coliques habituelles, une légère difficulté à redresser le tronc et une disposition à des diarrhées fréquentes. Dans les cas qui ont été suivis de mort, celle-ci a eu lieu par l'effet d'une entéro-péritonite aiguë, ou plus tardivement par celui d'une entérite chronique ; ou bien elle a été due à la disjonction des bouts de l'intestin au lieu de leur réunion récente, par suite de gangrène, ce qui amenait un épanchement de matières fécales dans l'intestin.

Nous regrettons que le journal auquel nous empruntons ces observations n'ait pas jugé à propos de nous donner plus de détails sur le fait principal qui les motive ; notamment sur le traitement qui a été fait et sur la marche ultérieure de la maladie vers la guérison. (*Raccoglitore medico*, 2 février 1846.)

Revue des journaux anglais.

DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Traitement du purpura hemorrhagica par l'huile essentielle de térébenthine. — M. J.-M. NELIGAN, médecin du Jervis-street Hospital à Dublin, eut occasion, au commencement de 1840, de traiter huit cas fort graves de purpura hemorrhagica chez des individus d'une constitution détériorée par un travail excessif, une nourriture insuffisante et l'habitation dans un quartier malsain. Se fondant donc, dans les deux premiers cas, sur le caractère asthénique de la maladie, il eut recours à un traitement tonique, mais sans succès. Il ne fut pas plus heureux, dans le troisième cas, en ayant recours aux purgatifs répétés. Un quatrième malade, plus jeune et moins affaibli, guérit sous l'influence du traitement évacuant.

M. Neligan ôta dès lors sa confiance au quinquina et aux acides pour la reporter sur les purgatifs. Il pensa, toutefois, qu'il obtiendrait plus de succès encore de l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine, qui joint à une action purgative énergique la propriété d'arrêter les hémorrhagies dépendantes d'un état d'atonie des petits vaisseaux, ce qu'elle doit à ses qualités comme agent diffusible. Ce médicament fut donc employé dans les quatre cas suivants de purpura hemorrhagica qui se présentèrent, et dans tous les quatre la guérison eut lieu. M. Neligan prescrivait l'huile de térébenthine en potion ou en lavement à la dose de 30 à 35 grammes pour un adulte, et de 8 à 16 pour un enfant. Elle était, en général, unie à l'huile de ricin pour rendre l'action purgative plus certaine.

Depuis cette époque, M. Neligan a eu recours à l'huile de térébenthine dans tous les cas de purpura hemorrhagica qu'il a eus à traiter, et il en a toujours retiré un effet avantageux chez les sujets débilités aussi bien que chez ceux d'une constitution robuste. Nous rapporterons l'observation suivante pour mieux faire connaître le mode d'administration du médicament :

OBS. — Anne Welby, âgée de six ans, fortement constituée, entra à l'hôpital le 11 avril 1843. Elle

couchait, chez ses parents, dans le même lit qu'un frère et qu'une sœur qui venaient d'être atteints de scarlatine. Le 6 avril elle avait changé plusieurs fois de couleur et avait perdu l'appétit. Le lendemain elle avait de l'angine et des nausées. Le 9, l'éruption avait commencé à paraître : les gencives saignaient; il y avait eu ensuite des épistaxis, des vomissements, des selles et des urines sanguinolentes.

A son entrée, expression générale de langueur et d'anxiété; lèvres et narines couvertes d'un sang noir coagulé; le sang coule lentement du bord des gencives; corps recouvert d'une éruption de taches d'environ deux lignes de diamètre, variant du rouge pourpre au noir violacé, ne s'effaçant pas sous la pression du doigt. Quelques-unes des taches forment de véritables bulles de sang et se rompent au moindre effort. Langue humide, recouverte d'un léger enduit; papilles rouges et saillantes; isthme du gosier rouge; amygdale droite très volumineuse; pouls petit et dur; respiration lente. La nuit est agitée. — Le 12 avril, l'affaissement est augmenté; la malade ne veut ni parler, ni même ouvrir la bouche pour manger ou boire. Nouvelles taches d'un rouge très vif, tandis que les autres passent au rouge foncé. Le sang continue à suinter des gencives et quelquefois du nez. Urine très foncée. Pas de selles. M. Neligan prescrit : huile essentielle de térébenthine et huile de ricin, de chaque 12 grammes; eau de menthe, 15 grammes. On doit répéter la dose le soir s'il n'y a pas eu de selle. — 13 avril. La potion, administrée deux fois, a produit à chaque fois de prompts vomissements, quoiqu'il soit probable que tout n'a pas été rejeté. Mais, comme il n'y a pas eu d'effet purgatif, M. Neligan prescrit : calomel et scammonée, de chaque 25 centigrammes. Néanmoins, l'éruption n'éprouve aucun changement. Il y a 130 pulsations; pas de selles. (Lavement composé d'huiles de térébenthine et de ricin, de chaque 15 grammes; décoction d'orge, 300 grammes.) — 14 avril. Le lavement a fait évacuer une grande quantité de matières fécales mêlées avec du sang en caillots. Amélioration notable; l'enfant s'amuse et parle. Pouls moins fréquent et moins dur; peau fraîche. Pas de nouvelles taches; les anciennes prennent une coloration plus foncée. (Lavement avec huiles de ricin et de térébenthine, de chaque 8 grammes.)—Le 15 et le 16, on continue le même lavement et l'amélioration continue, quoique les déjections alvines soient encore en grande partie formées de sang coagulé. L'éruption commence à s'effacer. — Le 17, il y a deux selles tout-à-fait naturelles. — Le 20, l'éruption est à peine visible. Comme il y a de la constipation, on donne du calomel et de la scammonée. — Le 24, la malade sort guérie.

Cette enfant rentra à l'hôpital le 2 janvier 1845, pour une seconde attaque de purpura, mais beaucoup moins intense que la première. La térébenthine fut administrée en potion dans de l'eau de menthe, sans association d'huile de ricin. Elle fut bien supportée et il y eut trois ou quatre selles chaque jour. La guérison eut lieu dès le sixième.

(*Novembre* 1845.)

Revue pharmaceutique.

Procédé pour conserver les sangsues et les rendre plus aptes à la succion. — Un pharmacien de Marseille a employé, avec un succès constant, le procédé suivant, indiqué pour la première fois dans l'*Allgemeine medicinische Zeitung*.

Ce procédé, dont l'expérience a été faite à l'hôpital de la Charité de Berlin, consiste à verser sur les sangsues (qu'elles aient été employées ou non à extraire le sang) un mélange de parties égales de vin de la Moselle et d'eau de rivière, ou bien 3 parties d'alcool à 36°, 4 de vinaigre, et 12 d'eau. — Les sangsues ainsi traitées donnent, dans 3 minutes, une grande quantité de matières sanguines et muqueuses avec des commotions violentes, et tombent au fond du vase comme mortes. Après deux minutes, on les verse sur un tamis de crin qu'on plonge aussitôt dans l'eau de rivière pour bien les laver.

On les met ensuite dans un vase de verre à moitié rempli d'eau pure; là, au bout d'un quart d'heure, elles reprennent vigueur, et non-seulement elles se conservent plus longtemps que celles qui n'ont pas subi cette opération, mais, suivant M. Kluge, elles deviennent plus aptes à sucer le sang.

M. le conseiller Heyfelder a répété ces expériences à la pharmacie de la cour à Sigmaringen. En voici les résultats :

1° Le procédé de M. Kluge, consistant à raviver les sangsues au moyen d'un mélange de vin de la Moselle et d'eau de fontaine, ou bien d'alcool, de vinaigre et d'eau, non-seulement leur donne l'avantage de prendre plus promptement et de sucer le sang plus longuement et avec plus de force, mais encore de les faire servir plusieurs fois.

2° Au vin de la Moselle étendu d'eau on doit préférer le mélange d'alcool, de vinaigre et d'eau. Le degré de spiritualité de ce vin varie suivant les localités et les saisons, et souvent on peut donner pour vins de la Moselle des vins altérés par des substances délétères.

3° Il est prudent d'ajouter au mélange d'alcool et de vinaigre une grande quantité d'eau; les proportions indiquées par M. Kluge pouvant faire mourir les sangsues, comme cela est arrivé deux fois dans les deux premières expériences de M. Heyfelder, dans lesquelles la partie nuisible venait du vinaigre.

4° Enfin, au lieu de laisser les sangsues cinq minutes dans le mélange, il vaut mieux ne les y laisser que jusqu'à ce que l'excitation ait cessé, les laver aussitôt et les mettre dans un vase plein d'eau de fontaine. — Cela est d'autant plus à observer que la sangsue ne rend du sang et des mucosités que durant

cette excitation. Les sangsues qui ont déjà servi plusieurs fois peuvent y rester les cinq minutes entières, parce qu'elles sont moins sensibles. (*Clinique de Marseille*, 1er *mars* 1846.)

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une séance extraordinaire est uniquement consacrée, le samedi 21 mars, à la continuation de la lecture du rapport de M. Prus sur la peste.

Séance du 24 mars 1846.

M. Denonvilliers se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

Rapport de M. Prus sur la peste et les quarantaines.

L'ordre du jour appelle la suite du rapport de M. Prus sur la peste.

M. Prus annonce à l'Académie que, d'après une décision de la commission, la suite de la lecture du rapport devra être ajournée. Cette décision est motivée sur ce que, dans la dernière réunion, lorsqu'il s'est agi de statuer relativement à la rédaction de quelques-unes des conclusions qui ont trait à l'application du système sanitaire contre la peste, deux membres ont déclaré n'être pas suffisamment fixés et ont demandé quelques jours de réflexion.

M. Ferrus propose que M. le rapporteur se borne à lire la partie du rapport qui est connue de la commission et qui a été adoptée par elle; elle comprend l'ensemble des conclusions scientifiques. Quant aux conclusions administratives, sur lesquelles la commission ne s'est pas encore définitivement prononcée, elles devront être réservées. (Adopté à la majorité d'une voix.)

Ne prévoyant pas que la lecture même partielle du rapport de M. Prus dût occuper un si grand nombre de séances, nous avions l'intention d'attendre que ce rapport fût terminé pour en donner tout d'un jet le compte-rendu. Mais l'ajournement indéfini de la suite de cette lecture lui ôte, pour le moment actuel du moins, beaucoup de son importance. Nous nous bornerons donc, aujourd'hui, à en donner les conclusions, après un court préambule sur les motifs qui ont porté le gouvernement à demander un rapport officiel sur la question de la peste.

Depuis plusieurs années, l'Angleterre et l'Autriche ont aboli ou notablement diminué les quarantaines pour les provenances du Levant, sans faire connaître au reste de l'Europe les motifs de sécurité qui les engageaient à porter une atteinte aussi grave à la loi généralement exécutée. Il en est résulté pour le commerce français une source d'infériorité notable. Ainsi, un voyageur qui veut se rendre d'Alexandrie à Paris a bien plus tôt fait de prendre les paquebots anglais et d'arriver en cette dernière ville par la voie de Londres, ou bien par celle de Trieste, qu'en prenant la route directe de Marseille. De là des récriminations de la part du commerce. Il est probable que l'Angleterre et l'Autriche n'ont eu pour but, en supprimant ou à peu près les quarantaines, que d'obtenir la supériorité sur notre commerce en anéantissant les obstacles relatifs au temps. Cependant, dit M. le rapporteur, la France ne peut suivre de semblables exemples. Si son régime sanitaire doit être profondément modifié, il faut qu'elle expose avec franchise et netteté les faits qui la portent à changer, à diminuer ou à perfectionner les précautions prises par elle contre l'introduction d'un fléau aussi redoutable que la peste.

La commission a puisé aux nombreuses sources d'instruction qui lui ont été ouvertes, aux descriptions des épidémies de peste que nous ont transmises les meilleurs observateurs. Mais, il faut le dire à la gloire des médecins qui ont vu et traité la peste qui a régné en Egypte en 1835, c'est de cette époque que date la connaissance positive et scientifique de la maladie. M. le docteur Aubert-Roche, donnant alors le premier l'exemple d'un courageux dévouement à l'humanité et à la science, a touché, soigné, consolé le docteur Fouscade, qui, atteint de la peste, au Caire, le 18 février 1835, mourut le 20 du même mois.

La peste, dit M. Prus, est une maladie de tout l'organisme, dans laquelle les systèmes nerveux, sanguin et lymphatique sont surtout affectés, et qui se caractérise le plus souvent à l'extérieur par des bubons, des charbons et des pétéchies.

Voici maintenant les conclusions scientifiques du mémoire de l'auteur, telles que lui-même les a formulées aphoristiquement. Chacune d'elles répond par son numéro d'ordre à un chapitre dans lequel l'auteur avait discuté les motifs de ces conclusions :

Conclusions. — 1° On a vu la peste naître spontanément, non-seulement en Egypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Asie, d'Afrique et d'Europe.

2° Dans tous les pays où on a observé la peste spontanée, son développement a pu être rationnellement attribué à des causes déterminées agissant sur une grande partie de la population. Ces causes sont surtout : l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux, près de la mer Méditerranée ou près de certains fleuves, le Nil, l'Euphrate et le Danube; des maisons basses, mal aérées, encombrées; un air chaud et humide; l'action de matières animales et végétales en putréfaction; une alimentation malsaine et insuffisante; une grande misère physique et morale.

3° Toutes ces conditions se trouvant réunies, chaque année, dans la Basse-Egypte, la peste est endémique dans cette contrée, où on la voit presque tous les ans sous la forme sporadique, et tous les dix ans environ sous la forme épidémique.

4° L'absence dans l'ancienne Egypte de toute épidémie pestilentielle pendant le long espace de temps qu'une administration éclairée et vigilante et une bonne police sanitaire ont lutté victorieusement contre les causes productrices de la peste justifie l'espérance que l'emploi des mêmes moyens serait suivi des mêmes résultats.

5° L'état de la Syrie, de la Turquie, de la régence de Tripoli, de celle de Tunis et de l'empire du Maroc, étant à peu près le même qu'aux époques où des épidémies de peste s'y sont montrées spontanément, rien n'autorise à penser que des épidémies semblables ne pourraient pas y éclater encore.

6° La peste spontanée paraît peu à craindre pour l'Algérie, parce que, d'une part, les Arabes et les Kabyles vivant, les uns sous la tente, les autres dans des demeures placées au sommet ou dans les flancs des rochers, ne peuvent engendrer la maladie; et, d'une autre part, parce que l'assainissement de plusieurs parties marécageuses, et les améliorations vraiment remarquables déjà apportées dans la construction et la police du petit nombre de villes existantes, semblent une garantie suffisante contre le développement spontané de la peste.

7° Les progrès de la civilisation et une application générale et constante des lois de l'hygiène peuvent seuls nous fournir les moyens de prévenir le développement de la peste spontanée.

8° Lorsque la peste a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe, elle s'est toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques.

9° La peste sporadique diffère de la peste épidémique non-seulement par le petit nombre d'individus atteints de la maladie, mais encore et surtout parce qu'elle ne présente pas les caractères appartenant aux maladies épidémiques.

10° La peste se propage à la manière de la plupart des maladies épidémiques, c'est-à-dire par l'air, et indépendamment de l'influence que peuvent exercer les pestiférés.

11° L'inoculation du sang tiré de la veine d'un pestiféré ou du pus d'un bubon pestilentiel n'a fourni que des résultats équivoques; l'inoculation de la sérosité prise dans la phlyctène d'un charbon pestilentiel n'a jamais donné la peste; il n'est donc pas prouvé que la peste puisse se transmettre par inoculation.

12° Un examen attentif et sévère des faits contenus dans la science établit, d'une part, que, dans les foyers épidémiques, le contact immédiat de milliers de pestiférés est resté sans danger pour ceux qui l'ont exercé à l'air libre ou dans des endroits bien ventilés; et, d'une autre part, qu'aucune observation rigoureuse ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

13° Des faits, en très grand nombre, prouvent que les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés n'ont pas communiqué la peste aux personnes qui en ont fait usage sans aucune purification préalable et dans un pays actuellement ou récemment soumis à une constitution pestilentielle.

Les faits qui sembleraient avoir donné un résultat opposé ne pourraient acquérir de valeur que s'ils étaient confirmés par des observations nouvelles faites en dehors des foyers épidémiques, loin des foyers d'infection miasmatique, loin des pays où la peste est endémique.

14° La transmissibilité de la peste par les marchandises, dans les pays où la peste est endémique ou épidémique, n'est nullement prouvée.

15° La peste est transmissible, dans les foyers épidémiques, par les miasmes qu'exhalent les pestiférés.

16° Il est incontestable que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, soit sur des navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe.

17° Rien ne prouve que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par le contact immédiat des pestiférés.

18° Il n'est pas constaté que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par les hardes et les vêtements ayant servi à des pestiférés.

19° Il n'est nullement établi que les marchandises puissent transporter la peste hors des foyers épidémiques.

20° La classification admise dans nos lazarets pour les objets susceptibles et non susceptibles ne repose sur aucun fait ni sur aucune expérience dignes de confiance.

21° L'étude des moyens à l'aide desquels on cherche à détruire le principe pestilentiel qu'on suppose contenu dans des hardes, des vêtements ou des marchandises, est et sera complètement sans objet tant qu'on n'y aura pas démontré la présence de ce principe.

22° La peste peut se transmettre, hors des foyers épidémiques, par infection miasmatique, c'est-à-dire par l'air chargé de miasmes pestilentiels.

23° La peste est plus ou moins transmissible, suivant l'intensité de l'épidémie, suivant que celle-ci est dans sa première, sa seconde ou sa troisième période, suivant, enfin, les dispositions organiques des individus soumis à l'action des miasmes pestilentiels.

24° Les pestiférés, en viciant l'air des localités dans lesquelles ils sont renfermés, peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle qui transmettent la maladie.

25° Les malades atteints de la peste sporadique ne paraissent pas pouvoir déterminer des foyers d'infection assez actifs pour transmettre la maladie.

26° Les foyers d'infection pestilentielle peuvent persister après l'enlèvement des pestiférés.

27° Les foyers d'infection, une fois formés à bord d'un navire par la présence d'un ou de plusieurs pestiférés, peuvent être transportés, même à de grandes distances. On les a vus trop souvent acquérir une intensité redoutable sur

des bâtiments encombrés de troupes ou de pèlerins.

28° Les foyers mobiles ne peuvent devenir la cause de foyers secondaires, et par suite d'une grande propagation de la maladie, que s'ils rencontrent dans les pays où ils sont transportés les conditions nécessaires au développement de la peste.

29° Le temps ordinaire de l'incubation de la peste est de trois à cinq jours ; la durée de cette incubation ne paraît pas avoir jamais dépassé huit jours.

30° Quand une contrée est en proie à une peste épidémique, les habitants sont exposés à subir d'abord l'influence de la constitution pestilentielle, et ensuite l'influence des malades.

L'isolement, qui ne préserve pas de la première, préserve de la seconde.

En dehors des foyers épidémiques, dont les limites sont ordinairement faciles à déterminer, l'influence de la constitution pestilentielle est nulle.

L'influence des pestiférés et des foyers qu'ils peuvent créer reste seule.

L'isolement, dans ce dernier cas, est un moyen certain de se mettre à l'abri de tout danger.

Commissions dss prix.

L'Académie procède à la nomination, au scrutin, des membres devant former les quatre commissions des prix, savoir : prix Itard, prix Civrieux, prix Portal et prix de l'Académie.

Les membres nommés sont :

Pour le prix Itard : MM. Bousquet, Jourdan, Laugier, Honoré et Roche;

Pour le prix Civrieux : MM. Prus, Jolly, Rochoux, Gerdy et Guéneau de Mussy;

Pour le prix Portal : MM. Cruveilhier, Cornac, Velpeau, Rayer et Longet;

Pour le prix de l'Académie : MM. Martin-Solon, Bricheteau, Caventou, Ferrus et Louis.

Séance du 31 mars.

De la paracentèse du thorax dans la pleurésie aiguë avec épanchement. — M. Trousseau lut, il y a déjà longtemps (1), à l'Académie un mémoire sous ce titre. M. Bricheteau fait aujourd'hui un rapport favorable sur ce travail. La faiblesse de son organe ne permet malheureusement pas qu'on l'entende.

Une courte discussion s'élève sur la question de savoir s'il existe jamais, dans les cas de pleurésie aiguë, des indications de pratiquer la paracentèse. M. Louis penche pour la négative. MM. Rochoux, Bricheteau et Roux croient, au contraire, que les indications de la paracentèse se rencontrent plus souvent dans les épanchements aigus que dans les épanchements chroniques.

— M. Huguier lit un travail qui a pour titre : *Mémoire sur la glande vaginale, les divers appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme, sur leurs fonctions et sur leurs maladies.*

(1) Voy. séance du 24 octobre 1843, dans le 1er semestre de notre 11e année.

Dans cette première lecture, fort intéressante, M. Huguier a donné quelques détails d'anatomie, et surtout a insisté sur les fonctions de la glande vulvo-vaginale découverte par Gaspard Bartholin, décrite par plusieurs anciens anatomistes, et totalement oubliée par le plus grand nombre des anatomistes modernes.

Cette glande est située de chaque côté à l'union de la vulve avec le vagin ; elle a le volume et assez bien l'aspect d'une amande d'abricot encore enveloppée de son épiderme, et elle donne naissance à un canal excréteur long de 7 à 8 lignes, qui vient aboutir dans l'angle formé par le cercle vulvaire et la grande circonférence de l'hymen ou la base des caroncules latérales et postérieures, de telle sorte que son orifice est presque constamment caché.

Cette glande, jusqu'au moment de la puberté, dort pour ainsi dire du même sommeil que les autres organes génitaux. Mais à peine ceux-ci, l'utérus et les ovaires principalement, ont-ils acquis leur perfection organique que la glande, recevant le contre-coup de la stimulation qu'éprouvent ces organes, réagit à son tour et sécrète une plus grande quantité de mucus. C'est principalement au moment de la turgescence qui précède et accompagne les embrassements et les rapports sexuels qu'il agit le plus. Les pensées, les représentations lascives, les rêves érotiques, les désirs copulateurs suffisent à eux seuls pour surexciter la glande et amener une hypertrophie passagère.

Au moment des règles, la glande devient plus sensible, plus chaude, plus volumineuse, et sécrète plus abondamment. Le liquide qui s'en écoule est toujours clair comme le cristal, à moins qu'il n'y ait maladie.

Aux approches des rapports sexuels et pendant leur exécution, ce liquide est versé avec une certaine force sur la muqueuse vulvaire; mais ce n'est que quand les muscles du périnée et de la vulve sont agités de contractions involontaires et comme convulsives qu'il est excrété par saccades ou en jet, comme dans l'éjaculation de l'homme. Cette sorte d'éjaculation ne s'observe pas chez toutes les femmes, d'où la dissidence des auteurs à son égard. Il faut pour qu'elle ait lieu un appareil sécréteur très développé, un canal excréteur légèrement dilaté, converti, ainsi que ses ampoules, en une sorte de réservoir, et une sensibilité vive de la part de la femme.

La glande vulvo-vaginale jouit d'une sensibilité tactile spéciale, susceptible de s'accroître et de déterminer, comme celle du clitoris et des environs du méat urinaire, les sensations voluptueuses qui se développent dans les rapports sexuels. Peut-être est-ce à cette fin qu'elle est placée sur les parties latérales de la vulve, en dedans du constricteur, dans l'axe du plus grand diamètre du membre viril dont elle éprouve le contact électrique en même temps que le clitoris et le vestibule.

C'est probablement une des raisons qui font, tout en mettant de côté toute corrélation pri-

mordiale, que le développement de la glande est très souvent en raison de celui de l'organe excitateur, et qu'elle est d'une sensibilité plus vive, d'un volume plus considérable chez les femmes qui abusent des plaisirs vénériens.

Il y a une synergie très évidente entre cet appareil et les divers follicules mucipares de l'entrée du vagin. Une sympathie non moins évidente, mais moins facile à expliquer, est celle qui existe entre l'appareil vulvo-vaginal et les ovaires. A l'état sain, le développement des glandes coïncide avec celui des ovaires; s'il en existe une plus volumineuse que l'autre, c'est du côté où l'ovaire est le plus développé. A l'état pathologique, même coïncidence; et, dans plusieurs cas indiqués par M. Huguier, on voit la glande s'hypertrophier ou s'atrophier selon l'hypertrophie ou l'atrophie de l'ovaire correspondant. « Si de nouveaux faits, dit M. Huguier, viennent corroborer ceux que je viens de citer, on sent de quelle importance pourra être cette découverte appliquée au diagnostic des maladies des ovaires et de la matrice, le volume des glandes pouvant toujours être facilement apprécié sur la femme vivante. »

Pendant la grossesse, la glande a paru moins volumineuse.

Une fois que la femme a perdu les attributs de son sexe, la glande s'atrophie.

Avec les anciens anatomistes, M. Huguier trouve de grandes analogies à la glande vulvo-vaginale avec la glande uréthro-bulbaire (de Cowper) de l'homme.

Comme elle :

1° Elle est située au périnée, dans le triangle uréthro-ischiatique;

2° Elle présente les mêmes rapports et connexions anatomiques;

3° Elle est une dépendance de la cavité vulvo-vaginale, partie qui chez la femme est l'analogue de l'urèthre de l'homme;

4° Elle reçoit les éléments de sa nutrition et le principe de sa sensibilité des mêmes sources vasculaires et nerveuses que la glande de Cowper;

5° Elle présente aussi une foule de variétés de forme, de volume, de situation;

6° Elle peut manquer d'un côté ou des deux, ce qui arrive assez souvent pour les glandes de Cowper;

7° On ne rencontre cet organe que chez les femelles dont les mâles offrent la glande uréthro-bulbaire.

Cette glande peut devenir le siége de nombreuses affections qui ont été étudiées avec soin par M. Huguier, et sur lesquelles il présentera de nouvelles communications à l'Académie.

— M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, présente un malade atteint d'une éruption tuberculeuse générale qui rappelle les formes de la radesyge de Norwége ou lèpre du Nord. (Nous insérerons sa note dans le prochain n°.)

Séance du 7 avril.

M. Malgaigne lit un mémoire intitulé : *Essai sur l'histoire de la chirurgie et de la médecine grecques avant Hippocrate.* — Ce travail, dont l'intérêt est purement historique, ne nous paraît pas se prêter à l'analyse.

— M. Bousquet lit un rapport sur un mémoire de M. Charcellay, professeur de clinique interne à l'École de médecine de Tours, ayant pour titre : *Note sur le traitement abortif de la variole au moyen des préparations mercurielles employées sous forme emplastique.*

M. Charcellay préfère à tout l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, récemment préparé. Il le laisse en place de huit à douze jours sans en renouveler l'application. Quoi qu'on en puisse retarder l'usage jusqu'au septième jour et même plus tard, il avoue que l'effet en est d'autant plus sûr et plus prompt que la variole est moins avancée. Non-seulement le mercure arrête la marche des pustules qu'il couvre, mais il exerce un effet analogue, quoique moins sensible, sur les pustules éloignées.

M. Charcellay venant d'être nommé correspondant de l'Académie, M. le rapporteur propose de lui adresser une lettre de remercîments et de l'inviter à continuer une correspondance à laquelle l'Académie attache le plus grand prix.

M. Desportes demande si c'est sans danger que l'on peut faire avorter l'éruption pustuleuse.

M. Bousquet : Cela aurait sans doute du danger si l'on employait les moyens abortifs sur toute la surface du corps; mais, sur le visage seulement, cette application me paraît sans danger.

M. Caventou propose, en raison de l'importance de ce rapport, l'insertion dans les Mémoires de l'Académie, indépendamment de son insertion de droit dans le Bulletin.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— Nous dirons peu de chose de la *séance du 14 avril* qui a été presque exclusivement occupée par la lecture de rapports officiels à peu près insignifiants. Un seul, plus important que les autres, était relatif à la présence des sels de cuivre et de plomb signalée par M. Briffaut dans les eaux distillées du commerce, particulièrement l'eau de fleurs d'oranger. Cette particularité est due à ce que ces eaux sont préparées dans des vases de cuivre étamé, désignés sous le nom d'*estagnons*. M. Chevallier fait observer qu'il est des estagnons encore plus nuisibles, ceux en zinc, parce qu'ils contiennent de l'arsenic. L'Académie prie le ministre de prescrire qu'à l'avenir les eaux distillées ne puissent être transportées ou conservées que dans des vases en fer battu, ou mieux encore dans des vases de terre.

— Dans cette même séance, M. Rochoux renouvelle des plaintes qu'il a déjà faites dans la précédente sur le retard mis à la lecture de la suite du rapport sur la peste. M. Prus lui répond que la commission n'est pas encore

prête. M. Rochoux demandant alors pourquoi la lecture en a été commencée, puisque la commission n'était pas prête, M. ADELON réplique que la lecture en a été commencée sans qu'on eût consulté la commission.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 février 1846.

Nouveau signe pour distinguer la mort réelle de la mort apparente. — M. RIPAULT fait connaître à l'Académie une découverte que sa position de médecin vérificateur des décès dans la ville de Dijon, l'a mis en mesure de faire. Voici en quoi ce signe consiste :

Il suffit, dit M. Ripault, d'exercer une pression assez forte avec le doigt sur la paupière inférieure, de manière à refouler, en l'élevant, tout le globe oculaire que soutient la main opposée, en lui offrant un point d'appui résistant par en haut, et au-dessous de la demi-circonférence supérieure de l'orbite. Cette petite manœuvre fait aussitôt obtenir un changement dans le disque de la prunelle, changement qui modifie, non pas les dimensions de cette dernière, comme pendant la vie, mais seulement la forme de son ouverture. Au lieu d'être orbiculaire, l'ouverture de la pupille devient alors elliptique en travers, ou obliquement, ou même enfin plus ou moins irrégulièrement circulaire, selon la forme employée par le doigt de l'observateur.

Note sur un cas curieux d'héméralopie. — Le fait suivant, communiqué par M. MAGNE, a excité quelques instants l'hilarité de l'Académie. M. C....., employé des tabacs à Aiguillon (Lot-et Garonne), est venu me consulter, dit M. Magne, pour une héméralopie. Une opinion répandue dans le peuple, c'est que les dindons cessent de voir pendant la nuit. La chose est-elle exacte? Je n'ai pas à m'en occuper. Ce qu'il y a de certain, c'est que la mère de mon malade, pénétrée de cette idée que les dindons cessent de voir pendant la nuit, rencontra un troupeau de ces volatiles durant sa grossesse; elle eut l'envie non satisfaite d'en croquer au moins un, et mon malade vint au monde héméralope, avec une crête de dindon sous l'aisselle droite : cette crête est flasque, pendante, granulée et d'une longueur d'environ 7 à 8 millimètres ; elle n'a nullement les caractères d'une tumeur érectile.

M. Magne ajoute que M. Dechambre, qui a eu l'occasion de voir un grand nombre de monstruosités, lui a dit avoir vu plusieurs exemples qui pouvaient offrir quelque analogie avec celui-ci.

Surdité. — M. BONNAFONT communique à l'Académie une observation de surdité complète survenue depuis un an à la suite d'une fracture comminutive du crâne. Cette affection était portée à un degré tel que le malade n'entendait même pas la détonation d'un canon, et que pendant huit mois il n'a pu avoir de relations que par écrit. Elle a néanmoins cédé à l'action du galvanisme et aux insufflations gazeuses ammoniacales par la trompe d'Eustache.

—RAPPORT sur un mémoire de M. MIALHE intitulé : *de la digestion et de l'assimilation des matières amyloïdes et sucrées.*

Nous nous bornons à extraire les passages suivants de ce rapport :

L'auteur, rappelant les notions admises actuellement en ce qui concerne la désagrégation des substances azotées dans les voies digestives, dit que cette sorte de liquéfaction s'opère par le concours d'un acide et de la pepsine, phénomène comparable à celui de la diastase agissant sur l'amidon.

Que si l'on peut en outre concevoir comment, sous l'influence de la bile ou d'un agent spécial qu'elle renfermerait, les matières grasses deviennent miscibles à l'eau et assimilables à leur tour, on est beaucoup moins avancé dans la connaissance des réactions qui peuvent disposer les matières féculentes et sucrées à prendre part à l'alimentation.

Ce fut surtout cette lacune qu'il se proposa de remplir.

Les nombreuses expériences de M. Mialhe ont changé la face de la question, en éclaircissant plusieurs points douteux dans les réactions de la salive humaine; en y découvrant un principe actif de la transformation des substances amylacées, en démontrant enfin que ce principe offre la plus grande analogie, si ce n'est une identité complète, avec la diastase. On sait que la végétation développe ce principe toutes les fois que les dépôts amylacés doivent être dissous et traverser les tissus pour servir à de nouvelles formations organiques.

Afin de mieux étudier l'action de la salive sur l'amidon, M. Mialhe a constaté la transformation ultime en glucose, à l'aide de la saveur sucrée, de la propriété fermentescible, de la coloration brune sous l'influence des solutions alcalines chauffées, enfin de la réduction du bioxyde de cuivre dans les sels, ou l'hydrate en présence de la potasse.

La commission a répété toutes les observations de M. Mialhe, et les a vérifiées. Elle ajoute :

Un aussi grand nombre de caractères communs, de propriétés semblables, paraissait autoriser à considérer l'agent spécial de la dissolution du principe amylacé comme identique dans les deux règnes; M. Mialhe a préféré laisser la question indécise. Nous devons louer sa réserve; car, avant de se prononcer, il faudrait encore pouvoir comparer la composition élémentaire dans les produits des deux origines, et il est bien difficile d'obtenir parfaitement purs ces corps incristallisables et prompts à s'altérer tant qu'ils sont humides.

Il nous semble donc convenable, en attendant, d'admettre, avec l'auteur, une diastase animale ou salivaire agissant dans une voie parallèle à celle de la diastase végétale, produisant de semblables effets catalytiques.

Quoi qu'il en soit, les résultats nouveaux

seront féconds en conséquences importantes pour le progrès de la physiologie; ils répandent une clarté évidente parmi les conclusions vagues ou inexactes des observations antérieures. Ainsi on ne dira plus que chacun des principes de la salive, isolément, n'agit pas sur l'amidon, tandis que la réunion de ces substances offre une propriété dissolvante énergique; on devra reconnaître que la ptyaline, telle qu'on l'avait préparée jusqu'ici, avait perdu sa propriété la plus importante; elle ne préexiste donc réellement pas dans la salive, car elle ne semble être autre chose que la diastase animale altérée et devenue inerte.

L'auteur, tout en montrant, le 31 mars 1845, quel est le principe de la transformation en glucose des substances amylacées et de la cellulose peu agrégée dans l'économie animale, indiquait l'un des principaux effets de cette transformation; il a puisé cette indication même dans les vues qu'il avait exposées dès le 15 avril 1844.

Admettant d'abord que l'influence des alcalis donne aux solutions de glucose le pouvoir de réduire le bioxyde de cuivre, et considérant dès lors que l'assimilation des substances amyloïdes et sucrées n'est possible qu'en présence des alcalis, M. Mialhe attribuait l'affection diabétique au défaut d'assimilation du sucre plutôt qu'à une production exagérée de ce principe immédiat.

Ces vues nouvelles, d'accord avec un assez grand nombre d'anciennes observations pratiques, semblaient conseiller d'associer au régime animalisé et le moins féculent possible l'emploi des bases alcalines ou de leurs carbonates, de la magnésie ou même de l'eau de chaux.

A l'appui de cette ingénieuse hypothèse, M. Mialhe montre combien la présence d'une base alcaline, déjà employée dans le procédé de Fromherz, hâte ou détermine l'action désoxydante des solutions de glucose. Une réaction analogue, nécessaire pour que les matières sucrées prennent part à la nutrition, lui paraît entravée, dans les affections diabétiques, par un défaut plus ou moins grand de base alcaline qui occasionnerait l'excrétion plus ou moins abondante de glucose, et correspondrait à des états plus ou moins graves de la maladie.

L'auteur reconnaît, dans un trouble indéterminé des fonctions, ce défaut lui-même d'alcalinité du sang, et de là le retour des phénomènes morbides lorsque la médication alcaline cesse.

Des exemples de guérison ou d'amélioration notable sous l'influence de la méthode indiquée sont décrits par l'auteur et paraissent dignes d'intérêt; mais ils ne sont pas assez nombreux. Toutes les circonstances des phénomènes, si complexes d'ailleurs, n'ont pu être étudiées d'une manière assez précise pour lever tous les doutes à cet égard.

En résumé, la commission propose d'engager M. Mialhe à poursuivre ses recherches expérimentales sur la théorie et le traitement du diabète sucré.

Séance du 20 avril.

M. Rochard adresse un travail qui a pour titre : Essai d'un nouveau composé de chlore, d'iode et de mercure dans le traitement des affections scrofuleuses.

En faisant connaître ce composé de chlore, d'iode et de mercure, qu'il désigne sous le nom d'*iodhydrargyrite de chlorure mercureux*, M. Boutigny manifestait beaucoup d'espoir sur son utilité thérapeutique, fondé sur d'heureuses tentatives dans les maladies de la peau.

M. Rochard, guidé par l'analogie, l'a employé dans le traitement des scrofules, mais seulement à l'extérieur, et sous forme de pommade.

Je choisis, dit-il, cinq jeunes détenus de la Roquette, présentant les plus graves symptômes de l'affection scrofuleuse, des ganglions nombreux et très volumineux, indurés, parfois ulcérés, ou des conduits fistuleux versant un pus séreux très abondant, ou bien des ulcères de mauvais aspect. Après onze mois d'un traitement qui fut interrompu par raisons administratives, ces sujets ont présenté une amélioration telle, que deux d'entre eux étaient à peu près entièrement guéris, et que les trois autres offraient un amendement si notable, qu'une prolongation de quelques mois eût suffi pour terminer leur cure définitive.

Parmi les sujets les plus gravement atteints, et chez lesquels les moyens ordinaires avaient échoué, l'auteur cite plusieurs cas de guérison relatifs à des tumeurs blanches avec carie, conduits fistuleux, et à toutes les formes de la maladie.

En résumé, dans ces divers cas, l'action du médicament a été prompte et constante, quoique s'adressant à des formes variées de la maladie. Les cures obtenues paraissent solides. Il n'est point survenu de récidive chez les individus dont les symptômes généraux et locaux ont disparu.

NOUVELLES MÉDICALES.

Légion-d'Honneur. M. le docteur Lebaudy a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur, sur la proposition de M. Orfila, doyen de la Faculté de médecine.

Ont été nommés, sur la présentation du ministre de l'intérieur :

MM. Long, médecin de l'hospice civil de Toulon ;

Dravet, médecin civil chargé du service de santé du fort Barraux (Isère) ;

Chassinat, chirurgien du ministère de l'intérieur ;

Hubert, médecin de l'hôpital civil de Mayenne ;

MM. HUTIN, id. de l'hôpital de Joinville;
CAGNON, id. de Vitry-le-Français;
BRIARD, id. de Montbrison;
JOUSSERANDOT, id. de Lons-le-Saunier;
BILLARDET, id. de Beaune;
BERNARD, id. de Moulins.

Antérieurement, M. RAULT, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Saint-Brieuc, avait été promu au même grade.

M. le docteur MOIZIN, membre du conseil supérieur de santé, est nommé commandeur de la Légion-d'Honneur.

— M. DUPONT, chirurgien-major de 2e classe au 58e de ligne, est nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

LA COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL publie l'avis suivant dans la *Gazette des hôpitaux* du 28 avril dernier : « L'impression des *Actes* du congrès est terminée. La commission permanente va mettre sous presse une circulaire adressée à tous les adhérents, indiquant les mesures d'ordre et de régularité à suivre pour la distribution de cette publication. »

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, un concours public sera ouvert le 9 juillet prochain devant la Faculté de médecine de Paris, pour la place de chef des travaux anatomiques, vacante dans cette Faculté.

— Les jurys médicaux de la France organisés par les ordonnances royales du 8 avril 1841, et l'arrêté ministériel du 12 avril suivant, sont prorogés pour une année, à partir du 12 avril 1846.

—*Cliniques de la Faculté et des hôpitaux* (M. Orfila, M. Chomel, M. Rostan). — Les renseignements donnés par la presse sur les difficultés qui ont surgi dans ces derniers temps relativement aux cliniques étant incomplets et souvent inexacts, nous croyons pouvoir, sans crainte de nous tromper, exposer les faits de la manière la plus complète.

En décembre dernier, après la non-réélection de M. Rostan comme médecin de l'Hôtel-Dieu, M. Orfila annonça au conseil des hospices que ce professeur continuerait à faire son service à l'Hôtel-Dieu, en sa qualité de professeur de clinique. MM. Chomel et Bouillaud, qui ne sont pas médecins des hôpitaux, dit-il, sont absolument dans le même cas que M. Rostan, et personne jusqu'à présent n'a eu l'idée de les troubler dans la possession *annuelle* des services cliniques qui leur sont confiés. Le conseil des hospices refusa de sanctionner cette mesure, alléguant que les cours de clinique étant semestriels comme les autres cours, il ne devait plus y avoir à l'Hôtel-Dieu qu'un seul service et un seul cours de clinique médicale, que M. Chomel professerait pendant l'hiver et M. Rostan pendant l'été. Les conséquences de cette mesure étaient évidentes : la Faculté n'aurait plus eu à l'Hôtel-Dieu qu'un cours de clinique au lieu de deux, et l'accès de l'hôpital devait être interdit pendant six mois à celui des deux professeurs qui ne ferait pas la clinique. M. Orfila établit jusqu'à l'évidence que les cours de clinique devaient durer toute l'année, que si jusqu'à ce jour deux ou trois professeurs de clinique sur neuf n'avaient pas enseigné *pendant toute l'année*, cela tenait à ce que l'administration des hospices n'avait point fourni un nombre suffisant d'amphithéâtres ; que cet état de choses ne pouvait plus continuer, et que l'administration de la Faculté était parfaitement décidée dorénavant à ne plus supporter que la durée d'un certain nombre de cours de clinique ne fût que de six mois. M. Orfila invoquait, à l'appui de son argumentation, l'article 4 de l'arrêté du Directoire (2 juillet 1796), qui n'a été modifié par aucun acte postérieur et qui est ainsi conçu :

« A raison de leur durée, les cours sont » permanents ou de toute l'année, non » permanents ou de semestre. Les cours de » clinique externe, interne et de perfectionnement sont *permanents* ; tous les autres » *non permanents*. »

Malgré ces raisons, dans sa séance du 21 décembre dernier, le conseil passa outre et décida contre l'opinion de M. Orfila, en consentant toutefois à en référer au ministre de l'intérieur, qui prendrait un parti définitif. Le ministre n'a pas encore statué.

Dans cette même séance du 21 décembre, le conseil des hospices s'occupa aussi de la demande d'un chirurgien des hôpitaux, tendant à obtenir la faculté de faire un cours de clinique. M. Orfila appuya vivement cette demande, parce qu'il est parfaitement convaincu que l'enseignement clinique, le plus important de tous, ne peut que gagner à être donné par un grand nombre de médecins et chirurgiens dans plusieurs hôpitaux. La discussion élevée à l'occasion de cette demande, au sein du conseil, prit une tournure telle qu'il fut impossible à M. Orfila de ne pas prévoir les entraves que l'on chercherait désormais à opposer à l'enseignement des cliniques *libres*, qu'il avait protégées et encouragées jusqu'alors avec un succès constant. Cette prévision et la crainte de voir le conseil s'engager dans une voie qu'il ne pouvait approuver déterminèrent M. Orfila à s'éloigner d'abord du conseil, puis à envoyer sa démission. Ce n'est donc pas, comme on l'a dit, à cause d'un différend suvenu à l'occasion des cliniques de la Faculté que M. Orfila se retirait des hospices, mais bien parce que, dans son opinion, l'enseignement *libre* des hôpitaux et hospices lui paraissait gravement menacé, et qu'il ne voulait pas assumer sur lui la moindre responsabilité à cet égard.

Dès que le conseil des hospices eut reçu la démission de M. Orfila, il fut décidé que cette démission ne serait pas acceptée ; que la lettre qui la contenait ne serait pas mentionnée au procès-verbal, et que M. le préfet de la Seine se rendrait auprès de M. Orfila pour

l'engager à ne pas persister dans sa résolution. Plusieurs membres du conseil joignirent leurs instances à celles de M. le préfet, et M. Orfila crut d'autant plus devoir obtempérer à la demande de ce magistrat, que la Faculté, convoquée extraordinairement pour émettre un avis sur la conduite que M. Orfila devait tenir en cette circonstance, fut unanime pour prier M. le doyen de reprendre des fonctions sans doute pénibles pour lui, mais qui en définitive ne pouvaient que tourner à l'avantage du corps médical. M. Orfila reprit immédiatement son service. Aujourd'hui la question principale, celle qui a trait aux cliniques de la Faculté, n'étant pas encore résolue par M. le ministre, il y avait lieu d'appliquer les règlements *en vigueur* ; aussi M. Rostan a-t-il commencé son cours de clinique médicale comme il l'avait fait les années précédentes, et M. Chomel est resté chargé du service qui lui est confié depuis si longtemps.

Quelle sera maintenant la décision du ministre de l'intérieur? Nous l'ignorons ; mais à coup sûr elle posera en principe que les cours de clinique doivent durer pendant toute l'année scolaire, et nous sommes assuré d'avance que M. le doyen tiendra la main à l'exécution de cette mesure, si utile à l'enseignement. (*Gazette médicale de Paris.*)

—Plusieurs médecins ont conçu l'idée de fonder à Paris un CERCLE MÉDICAL.

—Nous avons rapporté, dans notre dernier numéro, un jugement du tribunal civil de la Seine (3e chambre) qui annule la vente d'une clientèle de médecin. Nous devons ajouter qu'il existe un autre jugement du tribunal (2e chambre) qui valide une pareille vente comme n'ayant rien de contraire aux lois et aux bonnes mœurs. La législation a donc besoin, pour être mieux fixée à cet égard, de la décision d'une cour royale.

Strasbourg. — Un arrêté ministériel récent confirme M. COZE dans ses fonctions de doyen de la Faculté de médecine.

Prix proposé par la Société centrale de médecine vétérinaire de Paris. — Un prix de 500 francs est proposé pour la solution de la question suivante :

« Faire connaître les effets des injections médicamenteuses et particulièrement de la teinture d'iode dans le traitement des hydarthroses, des kystes et des tumeurs synoviales des gaînes tendineuses. — Constater par des expériences et des faits pratiques le degré d'efficacité de cette nouvelle médication ; déterminer si elle peut être utilement substituée à la cautérisation et aux autres moyens employés jusqu'à présent. »

Les mémoires doivent être adressés avant le 15 novembre à M. Crépin, secrétaire général de la Société vétérinaire, place Bellechasse, 9.

Les membres titulaires de la Société sont seuls exclus du concours.

—Programme du concours ouvert par les directeurs du legs de feu M. Munikhoff, à Amsterdam.

1re *question.* « Des recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur l'origine, la nature et les caractères distinctifs des humeurs dites bénignes et malignes avec indication des résultats qui pourront en être déduits pour l'avancement de la thérapie chirurgicale et médicale. »

On désire, avant tout, que cette question soit approfondie par des recherches et des observations des auteurs mêmes.

2e *question.* Un traité anatomique, physiologique et pathologique sur les déviations de la colonne vertébrale, avec indication d'un mode de traitement basé là-dessus et approuvé par l'expérience de l'auteur et par celle d'autrui. »

Les réponses satisfaisant à ces questions remporteront la médaille d'or de la valeur intrinsèque de 300 florins de Hollande, sous condition que les mémoires, couronnés ou non, restent exclusivement la propriété du legs ; qu'ils seront écrits distinctement en caractères romains, d'une autre main que celle de l'auteur, soit en latin, en français, en allemand ou en hollandais, et envoyés, suivant les formes académiques, francs de port, avant le 31 décembre 1847, à M. H. Ulolic, professeur à l'Athénée illustre d'Amsterdam.

Prix offert par le professeur Alexandre RIBERI, président de la Société médico-chirurgicale de Turin, le 12 février 1846. — Un prix de 120 écus (600 livres de Piémont) est proposé pour la solution des questions suivantes :

1° Indiquer le nombre et la nature des boissons fermentées et spiritueuses dont il est fait usage en Italie; 2° dire leurs propriétés physiques et chimiques et leur influence sur l'organisme ; 3° démontrer les avantages et les inconvénients qui en résultent, eu égard à l'âge, au sexe, au tempérament, à l'état de santé ou de maladie des individus, ainsi qu'aux doses des liquides absorbés, leur qualité, l'heure et les circonstances dans lesquelles on en fait usage, etc.; 4° indiquer les meilleurs moyens pour prévenir les effets nuisibles de ces liquides ; 5° quelles seraient les meilleures boissons spiritueuses et fermentées par lesquelles on pourrait les remplacer.

1° Seront admis à concourir les étrangers comme les Italiens, excepté les membres ordinaires de la Société ; 2° les mémoires, écrits en français et en italien, devront être expédiés franco par la poste, dans les formes académiques, avant le 31 août 1847, au secrétariat de la Société; 3° il est indispensable que ces mémoires soient rédigés dans les formes d'un catéchisme d'où sera exclue toute espèce d'apparat scientifique, de recherche technique et dogmatique; les matières traités devront être à la portée de chacun, aussi bien des gens du monde que des savants ; 4° le mémoire qui aura obtenu le prix deviendra la propriété de la Société et sera inséré dans son journal : cinquante exemplaires tirés à part seront envoyés à l'auteur.

Prix offert par MM. ANTONIO *et* CESARE

CASTIGLIETTI. — Le prix est de 500 lire de Piémont; les conditions sont les mêmes que pour le précédent, excepté pour l'article n° 3, c'est-à-dire que les auteurs ne sont pas tenus de se renfermer dans la forme populaire; les mémoires peuvent être écrits aussi bien en latin qu'en français ou en italien. — *Sujet du prix.* Monographie complète de la maladie tuberculeuse en général et de la phthisie pulmonaire en particulier. Dans ce but on fera connaître : 1° quels sont les signes extérieurs et fonctionnels qui révèlent une constitution organico-humorale, soit héréditaire, soit accidentelle, préexistante à la formation des tubercules ou provenant de la présence des tubercules eux-mêmes à l'état latent, spécialement dans le poumon; 2° indiquer les premiers symptômes de tubercules en voie de formation ou de développement, spécialement dans le poumon; 3° décrire la marche progressive des maladies tuberculeuses en général et de la phthisie pulmonaire en particulier; indiquer leurs différentes périodes, les symptômes locaux et généraux qui s'y rattachent; 4° indiquer les signes diagnostics différentiels, rationnels et statistiques au moyen desquels on distingue les tubercules des poumons des autres maladies qui affectent ces organes et avec lesquelles on peut les confondre; 5° décrire la forme primitive des tubercules, leur siége, les changements successifs qui s'y opèrent durant le cours de la maladie, ainsi que ceux qui ont lieu dans la région des poumons et dans les autres organes; mettre le tout en rapport avec les signes particuliers coïncidents propres à éclairer le diagnostic de la maladie; 6° donner l'analyse chimique et microscopique de la matière tuberculeuse aux différentes périodes de la maladie; la mettre en regard de l'analyse du sang chez les tuberculeux, et déduire de ces données et autres, ainsi que d'un examen critique des principales opinions émises sur ce sujet, la nature et la genèse probable des tubercules; 7° indiquer les causes occasionnelles et celles qui peuvent prédisposer aux maladies tuberculeuses et surtout à celles du poumon; 8° déclarer, en s'étayant de faits, si la phthisie est ou n'est pas contagieuse; 9° déterminer jusqu'à quelle période la phthisie tuberculeuse peut laisser quelque espoir de guérison ou de suspension de la maladie; de quelle manière il faudrait la traiter, et quelles sont les lésions organiques démontrées par l'autopsie qui en font une maladie incurable; 10° décrire d'abord le traitement prophylactique que l'expérience clinique a démontré être le meilleur, aussi bien pour la maladie tuberculeuse héréditaire que pour l'accidentelle. Parler ensuite de tous les remèdes et des méthodes qui ont eu quelque renommée, faire la part de leur valeur relative; proposer enfin les remèdes que l'expérience personnelle et celle d'autrui aura fait considérer comme les plus efficaces.

— La Société médico-chirurgicale de Bologne avait proposé, pour l'année 1845, la question des propriétés préservatrices de la vaccine; elle a reçu onze mémoires et a adjugé le prix à M. le docteur Louis Parola, de Cuneo.

Perse.—Le choléra, qui était parvenu jusqu'à dix journées de marche de Téhéran, semble s'être arrêté tout-à-coup. Cette circonstance paraît due à ce que l'hiver, qui avait été doux jusqu'alors, est tout-à-coup devenu rigoureux.

Nécrologie.

Le professeur Antoine NANULA, l'un des restaurateurs des sciences anatomiques en Italie, vient de mourir à Naples à l'âge de 66 ans. Il a été l'élève et l'ami de Scarpa. L'anatomie était tombée dans le plus complet abandon lorsqu'il revint à Naples en 1809. C'est lui qui a fondé la belle collection d'anatomie pathologique de l'Université de cette ville. Chirurgien inspecteur de l'hôpital des prisons, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, il acquit une grande célébrité comme professeur et eut constamment un nombreux auditoire composé principalement d'étrangers. Il paraît que sa mort a été causée par l'excès de travail auquel il s'adonnait pour enrichir sans cesse son musée. C'était, à proprement parler, un anatomiste de laboratoire; car on n'a de lui aucun ouvrage bien important.

VARIÉTÉS.

Biographie de Garengeot.

« On doit des égards aux vivants; on ne doit aux morts que la vérité. »

(VOLTAIRE, *première lettre sur Œdipe.*)

La multiplicité des notices biographiques serait désapprouvée avec raison si dans ce genre d'écrits on trompait la postérité en voulant lui faire estimer des hommes par les titres qu'ils ont accumulés et par les places qu'ils ont remplies. L'opinion la plus générale des contemporains n'est pas une règle assez sûre pour juger du mérite; la plupart des hommes, occupés à se faire valoir, ne sont guère attentifs qu'à la réputation de leurs rivaux, pour en retarder les progrès, et trouvent qu'il est plus aisé de suivre, sur le compte des autres, l'impulsion du vulgaire, que de secouer le joug de la prévention en entrant dans les détails d'un examen réfléchi.

Ceux qui ont été remarquables par des talents décidés, dont la vie active et laborieuse a été consacrée à l'utilité publique; ceux qui, sans intérêt pour eux-mêmes, se sont uniquement occupés de leurs devoirs, et qui ont plus considéré l'obligation de faire le bien que la satisfaction de l'avoir fait; de tels hommes ont un droit incontestable à nos hommages. Les louanges qu'on leur donne sont des leçons d'autant plus précieuses qu'il y a moins d'occasions de publier de pareils exemples. Envisagés sous ce point de vue, il y a peu d'hommes dont le zèle et les talents fournissent à la bio-

graphie une matière aussi ample et qui y aient un droit aussi légitimement acquis que René-Jacques-Croissant de Garengeot, maître ès arts, chirurgien de Saint-Côme, conseiller, chirurgien ordinaire du roi au Châtelet, etc., né à Vitré, département d'Ille-et-Vilaine, le 30 juillet 1688.

Peu favorisé de la fortune, il sut vaincre, par un grand courage et beaucoup d'assiduité au travail, les obstacles nécessairement attachés au défaut d'aisance. Après avoir terminé ses humanités, Garengeot prit les éléments de l'art qui l'a rendu célèbre dans l'hôpital de Vitré, sous les yeux et la direction de son père, chirurgien royal, et qui jouissait d'une réputation méritée, tant dans sa résidence que dans les campagnes voisines.

Doué d'un esprit observateur, le jeune Garengeot fit des progrès qui, rapides en eux-mêmes, le parurent davantage encore par la facilité qu'il avait déjà et qu'il conserva toute sa vie de manifester facilement ses connaissances, d'analyser les matières avec une subtilité pénétrante, qui se convertit par la suite en une étonnante sagacité; enfin, par le don peu commun de s'exprimer toujours avec clarté, souvent avec élégance, et quelquefois avec grâce.

Il recueillit dans la modeste pratique paternelle plusieurs cas intéressants, relatifs à l'empyème et aux plaies de tête, qu'il aima à rappeler plus tard dans ses leçons et dans ses ouvrages.

Le disciple eut bientôt épuisé toutes les connaissances du maître, et Garengeot père crut devoir confier son fils à des hommes plus à portée que lui de l'instruire avec fruit. La réputation et la proximité de l'Ecole d'Angers y attirèrent d'abord le jeune élève.

Alors, comme de nos jours, la ville d'Angers offrait de nombreuses ressources pour l'enseignement chirurgical et possédait des hommes de mérite. Garengeot, persuadé que l'anatomie est le flambeau du chirurgien, qu'elle doit éclairer ses premiers pas; qu'il faut que la main qui se promène sur les surfaces distingue sans obscurité les parties que cache leur épaisseur, et qu'en s'armant d'un fer douloureux elle trace avec précision la route qu'il doit suivre pour être utile et bienfaisant, Garengeot se distingua par l'assiduité avec laquelle il assista aux démonstrations données par ses habiles maîtres, qui fixèrent son goût pour cette partie fondamentale de l'art de guérir. Ses progrès furent prodigieux, et il excella bientôt dans l'art des préparations anatomiques.

Quelques années d'études à Angers, un séjour assez prolongé dans les hôpitaux de la marine, deux voyages sur mer, en qualité de chirurgien, à bord du *Comte de Toulouse*, vaisseau corsaire commandé par M. de la Humaudière-Nouail, et pendant lesquels il acquit des notions précieuses sur les plaies d'armes à feu, disposèrent utilement Garengeot à profiter des instructions multipliées qu'on reçoit à Paris; car plus il apprenait, plus il éprouvait le besoin d'apprendre encore davantage, et pour le satisfaire il se décida à se rendre dans la capitale, à l'âge de vingt-trois ans. C'est là que, pendant neuf années, il travailla efficacement à agrandir le cercle de ses connaissances anatomiques, sous les auspices des Duverney, des Méry, des Verdier, etc., etc., etc.

Le célèbre Winslow, qu'on peut à juste titre appeler le créateur de l'anatomie descriptive, et qui enseignait cette science avec le plus d'éclat, remarqua Garengeot, l'honora de son amitié et s'empressa de lui être utile.

Les professeurs de chirurgie les mieux famés, entre autres l'illustre J.-L. Petit, Arnaud, démonstrateur au Jardin-du-Roi, La Peyronie, Thibault, Mareschal, Coste, Poncelet, s'empressèrent d'accueillir un sujet aussi distingué et de lui faire connaître les puissants motifs qui les obligeaient souvent, dans les hôpitaux, à s'écarter des routes ordinaires dans le traitement des maladies chirurgicales. Tous les grands chirurgiens de la capitale appelaient Garengeot à leurs conférences et le rendaient témoin de leurs opérations; de sorte que, dès son début, il put profiter de leurs glorieux travaux.

Il régnait alors à Paris une émulation singulière entre les professeurs et les démonstrateurs d'anatomie. Cette rivalité excite au travail et contribue nécessairement aux progrès de la science, surtout lorsqu'elle ne dégénère point en haines personnelles. Mais la politesse et les égards réciproques ne font pas naître la confiance entre des hommes désunis d'opinions et qui cherchent également, pour fruit de leurs études, quelque préférence dans l'estime publique. Garengeot dut à ses bonnes qualités l'amitié de différentes personnes qui ne s'en témoignaient guère entre elles; en mettant autant de discrétion dans sa conduite qu'il montrait d'envie d'apprendre, il était accueilli partout et profitait des lumières de tous.

Les travaux persévérants de Garengeot n'avaient pas été seulement profitables à son instruction, mais ils lui avaient déjà donné de la réputation et une grande considération justement acquise: il devait naturellement songer à se fixer à Paris; mais, comme nous l'avons déjà dit, Garengeot était sans fortune. En 1724, Mareschal, homme désintéressé et loyal appréciateur du mérite naissant, lui fit accorder, sans rétribution, le grade de maître en chirurgie.

Garengeot fut agrégé, en 1725, à la communauté des chirurgiens de Paris, et il débuta dans cette société par un cours d'anatomie qui attira un immense concours d'auditeurs. Ses leçons étaient si intéressantes que les personnes les plus versées dans l'anatomie l'entendaient toujours avec plaisir, souvent même avec fruit.

Pendant les années suivantes, Garengeot continua d'enseigner l'anatomie, et, durant la belle saison, il professait la chirurgie et les opérations.

Sa renommée de plus en plus brillante et ses vastes connaissances engagèrent, en 1728, la Société royale des sciences de Londres à l'admettre au nombre de ses membres.

Peu de temps après, il fut appelé à remplir les fonctions de démonstrateur royal aux écoles de chirurgie de Paris, et s'en acquitta avec un brillant succès.

Lors de l'organisation de l'Académie royale de chirurgie, qui dut son institution, vers 1731, au zèle et aux soins réunis de Mareschal, premier chirurgien du roi, et de La Peyronie, qui était son successeur désigné, Garengeot fut honoré du titre de conseiller du comité perpétuel et, plus tard, de celui de secrétaire de cette immortelle société savante.

Nommé, en 1742, chirurgien-major du régiment du roi, infanterie, il fit avec ce corps plusieurs campagnes, dans l'une desquelles il mourut d'une attaque d'apoplexie, à Cologne, le 10 décembre 1759, à l'âge de soixante-onze ans.

Ardent défenseur des droits des chirurgiens contre les médecins, il composa une dissertation sur l'origine de la chirurgie et celle de la médecine, dans laquelle il chercha à désigner le point où elles s'unissent et celui où elles se séparent.

A une brillante dextérité manuelle Garengeot joignait d'immenses connaissances en anatomie et en chirurgie.

Quoique la plus grande partie de sa vie ait été consacrée à l'enseignement et aux soins fatigants qu'exigeait une nombreuse clientèle, Garengeot a beaucoup écrit, et nous a laissé les ouvrages suivants, qui ont été longtemps classiques, traduits dans toutes les langues de l'Europe, et qui seront toujours lus avec fruit :

1° Traité des opérations de chirurgie ; Paris, 1720 ; deux volumes in-12 ; *ibid.*, 1731, 1742 ; trois volumes in-12, avec figures.

2° Traité des instruments de chirurgie ; 1725, 1727 ; deux volumes in-12, avec figures en taille-douce, qui répondent à l'explication.

Cet excellent ouvrage, très estimé des gens de l'art, est encore consulté par les chirurgiens et les couteliers.

3° Myotomie humaine et canine, où l'on enseigne à disséquer les hommes et les chiens ; 1724, 1728, 1740 ; 2 volumes in-12.

Garengeot, peu content d'un livre que ceux qui commencent à disséquer avaient entre les mains comme le seul qui donnât des leçons sur cette matière, voulut leur procurer un traité de myotomie exacte, et, pour leur donner la facilité de se livrer à la dissection en prenant des chiens au défaut de sujets humains, il ajouta une myotomie canine à la myotomie humaine, et un abrégé de myologie, contenant simplement la dénomination des muscles et l'indication de leurs véritables attaches.

4° Traité de splanchnologie, ou l'Anatomie des viscères, avec des figures originales tirées d'après les cadavres ; 1728, 1 vol in-12 ; seconde édition, 1742, 2 volumes in-12 ; tous les exemplaires en furent enlevés dans le court espace de six mois.

5° L'opération de la taille par l'appareil latéral ou la méthode de Frère Jacques, corrigée de tous ses défauts ; 1730, in-12.

Garengeot fut cruellement tourmenté par la critique ; tous ses ouvrages ont été violemment attaqués, à l'exception de sa myotomie. Il répliqua souvent avec force, presque toujours avec avantage, à ses adversaires multipliés, parmi lesquels se rencontraient des hommes redoutables, tels que Heister, Freind, Andry, etc., etc.

Ecrivain infatigable, Garengeot consacra de bonne heure ses facultés à recueillir les choses nouvelles, jusqu'aux plus petits faits scientifiques fournis par les plus expérimentés chirurgiens de l'époque, et il épargna beaucoup de recherches, de veilles et de peine aux étudiants, en dressant des inventaires toujours bons à lire et à méditer par ces derniers.

Semblable à l'abeille laborieuse, dont la trompe mêle les sucs des différentes fleurs, il sut mettre à profit les découvertes de tous les auteurs qui l'avaient précédé. Attentif à tous les points de l'histoire de son art, il dépouilla les anciens, compulsa les modernes et n'oublia pas surtout de comprendre et d'étudier ses contemporains ; mais, limitant son rôle à celui de simple secrétaire des maîtres de l'art, il rédigea seulement les procès-verbaux de l'état de la science.

Ces premières productions, quoique d'une réelle utilité, ne constituaient pas néanmoins des titres suffisants pour que Garengeot méritât d'être classé entre les hommes les plus célèbres de sa profession ; mais quand l'âge et l'expérience eurent mûri son jugement, quand il eut obtenu l'honneur d'être compris parmi les premiers membres de l'Académie royale de chirurgie, de ce tribunal suprême qui avait pour mission spéciale de diriger les intelligences et non pas seulement d'enregistrer des acquisitions scientifiques, alors Garengeot publia des travaux précieux, originaux et qui lui assignent une place éminente auprès des sommités chirurgicales du XVIIIe siècle.

Le premier il fit connaître les hernies dans lesquelles les viscères abdominaux s'échappent par le trou ovalaire, et réunit à ses propres recherches tous les faits attestés par ses contemporains.

On a tenté à plusieurs reprises de révoquer en doute l'existence d'une pareille variété de hernies. Tous les raisonnements ont échoué. C'est une question jugée, et les importantes investigations de Gunz, Duverney, Camper, Eschenbach, Hippolyte Cloquet, Astley Cooper, Hesselbach, Mareschal, etc., etc., en ont incontestablement établi la réalité.

La remarquable production de Garengeot,

intitulée : *Mémoire sur plusieurs hernies singulières*, est insérée dans le premier volume de la collection de l'Académie royale de chirurgie.

Ce même recueil contient, de Garengeot, des recherches pratiques sur les pierres enkystées de la vessie, ainsi que le procédé qu'il a indiqué pour les extraire; des remarques sur les fractures du crâne, avec enfoncement et nécessité de trépaner sur le sinus longitudinal supérieur. Ce dernier opuscule renferme un cas curieux et grave, dans lequel l'auteur obtint un brillant succès.

Il s'agissait d'un enfant chez lequel existait une fracture avec enfoncement sur la suture sagittale. Garengeot appliqua d'abord cinq couronnes de trépan, qui ne suffirent pas pour pouvoir relever une pièce d'os, qui comprimait le sinus longitudinal de même que le cerveau, et qui tenait le blessé dans un état léthargique très inquiétant.

Garengeot fut encore obligé de lui appliquer deux couronnes de trépan, dont une sur la suture sagittale, c'est-à-dire sur le sinus longitudinal même. A l'aide de ces trépans multipliés il triompha des symptômes fâcheux, et l'enfant fut promptement délivré des accidents qui allaient le faire périr.

On doit aussi compter, parmi ses recherches les plus importantes, les observations touchant les corps étrangers avalés et ayant déterminé des abcès à l'extérieur du corps, et celles qui sont relatives aux plaies du pharynx et de l'œsophage.

Les mémoires dans lesquels Garengeot traite des épanchements de sang dans le bas-ventre, des moyens de rendre plus simple et plus sûre l'amputation à lambeau, de l'opération de la cataracte par extraction ; des maladies du sinus maxillaire, constituent également de grands services rendus par le célèbre chirurgien breton à la science et à l'humanité.

La critique, impitoyable pour Garengeot, lui a souvent reproché avec raison une jactance et une présomption peu communes. En général, si son mérite était grand, l'opinion qu'il en avait était plus grande encore, et, par malheur, exclusive. Il semble qu'on pourrait lui appliquer ce que Velleius Paterculus disait de Pompée : *In quibus rebus princeps esse deberet, solus esse cupiebat.*

Ses ennemis l'ont également accusé d'une grande crédulité qui lui fit admettre des observations invraisemblables, et se sont étayés d'un fait dont la véracité a été singulièrement contestée. Un soldat est mordu par son camarade, qui lui emporte le bout du nez, le crache dans la boue d'un ruisseau et le foule aux pieds pour l'écraser; le blessé, furieux, ramasse son nez, le jette dans la boutique de Gallien, barbier, et poursuit son adversaire. Il revient; le barbier rapplique le nez qu'il avait lavé et fomenté dans du vin tiède, le maintient en place par le moyen des emplâtres agglutinatifs et d'un bandage en fronde ; dès le lendemain la réunion fut opérée, et Garengeot, qui pansa lui-même le malade quatre jours après l'accident, trouva la guérison parfaite.

Les observations, chaque année plus nombreuses, de parties du corps humain entièrement détachées qui, remises en place, ont parfaitement repris, justifient Garengeot de l'excès de crédulité qu'à tort on lui avait prêté.

« Dans le pays des parias, dit M. Velpeau, les nobles ne se gênent en aucune façon pour faire abattre le nez d'un de leurs sujets et le mettre à la place de celui qu'ils ont perdu ; cette méthode s'appelle par transplantation. On réussit même si bien de cette manière, disent les voyageurs, que, pour empêcher les criminels qu'on vient de punir de faire disparaître ainsi leur difformité, on prend la précaution de jeter leur nez dans le feu aussitôt après l'avoir coupé. »

Molinelli affirme que son père ayant reçu dans un pain chaud, peu de temps après l'exécution, le nez d'un Italien, put le rajuster avec succès, et Leyster en dit autant d'un jeune homme de haute famille.

Dionis raconte (*Cours d'opérations de chirurgie*, p. 588) qu'un voleur, ayant eu le nez coupé, courut dès lors chez un chirurgien qui lui demanda le bout de l'organe pour le lui remettre. Ses camarades sortirent aussitôt, attrapèrent le nez du premier venu et le portèrent tout chaud au chirurgien, qui l'appliqua et le recousit très heureusement.

Il est donc évident que ces faits et plusieurs autres du même genre, publiés par des hommes d'une honorable véracité, tels que Pouteau, Thomson, Percy, M. le professeur Auguste Bérard, MM. Piédagnel, Barthélemy, Layraud, Vivefoy, etc., etc., et qui ont attiré pendant un siècle à quelques auteurs, et plus particulièrement à Garengeot, d'injurieux sarcasmes, pourraient bien ne pas être complètement apocryphes.

Garengeot contribua puissamment, par ses leçons, sa pratique et ses écrits, à faire sortir la chirurgie de l'état d'abjection où elle croupissait encore de son temps.

On ne connaît pas le véritable auteur de la clé dite de Garengeot, instrument destiné à l'extraction des dents molaires et qui est le meilleur, le plus expéditif et le plus infaillible qui existe; mais on sait que Garengeot lui a fait subir des modifications assez importantes pour mériter qu'on y attachât son nom.

P.-J. Cabaret, D. M. P.,
à Saint-Malo (Ile-et-Vilaine), membre de la Société de médecine de Caen.

Maladies de la peau. — M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses leçons cliniques sur ces maladies le 19 mai, à 9 heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, et continuera les mardis suivants.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 6. — JUIN 1846.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

REVUE CLINIQUE.

I. Clinique médicale.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Services de MM. Rayer et Andral.

Péritonites survenues sans perforation au déclin de fièvres typhoïdes.

C'est une opinion généralement adoptée en pathologie qu'une péritonite, survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde, est l'indice d'une perforation intestinale; et, en effet, les autopsies l'ont démontré dans la plupart des cas. Cependant il est des exceptions : d'abord ce sont deux faits qui viennent tout récemment d'avoir lieu dans le service de M. Rayer; mais ces faits ne sont pas les seuls. M. Rayer lui-même a déjà constaté un cas de ce genre, il y a quelques années. On en trouve aussi deux observations rapportées dans l'ouvrage de MM. Petit et Serres. Ces exceptions avaient, d'ailleurs, été prévues par le docteur Cazeneuve, dans un mémoire que la *Gazette médicale* a publié en janvier 1838 et dont nous avons donné l'analyse (1). Ainsi l'auteur dit, dans la troisième de ses conclusions : « Les symptômes de cet accident (la perforation intestinale) sont ceux de la péritonite aiguë à divers degrés. On peut même *presque* affirmer l'existence d'une perforation intestinale lorsqu'une péritonite vient compliquer une fièvre typhoïde. » Ce *presque*, si l'auteur ne connaissait pas les deux faits publiés dans le livre de MM. Petit et Serres sur la fièvre entéro-mésentérique, était une réserve prudente, comme le démontrent les deux cas qui se sont récemment présentés dans le service de M. Rayer et que nous allons rapporter brièvement.

Obs. 1. — *Fièvre typhoïde intense; otite; abcès multiples; péritonite suraiguë; absence de perforation intestinale.* —Un jeune maçon de dix-huit ans est entré, le 10 février 1846, dans le service de M. Rayer (salle Saint-Michel, n° 2), avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde à sa première période : il avait de la céphalalgie, de la diarrhée, de l'abattement; plus tard, il est survenu des symptômes plus prononcés, une épistaxis, de la constipation, du météorisme, de la fréquence du pouls, du délire et des taches disséminées sur le tronc. Quelques jours après, la forme ataxique a paru prédominer : on a dû attacher le malade à son lit; mouvements des lèvres, prononciation difficile, soubresauts des tendons, cris perçants dus à des douleurs très vives et presque universelles; enduit fuligineux de la langue et des dents.

Le 25 février, il y a un commencement d'amendement dans les symptômes typhoïdes; mais le malade devient sourd de l'oreille droite (1). Le soulagement a coïncidé avec l'application de deux vésicatoires à la partie interne des cuisses. A la fin de février, le mieux est plus prononcé et le malade accuse de l'appétit.

Dans les premiers jours de mars il se fait, sans douleur, un écoulement puriforme abondant par l'oreille droite; le malade est moins sourd qu'il n'était auparavant.

La convalescence marche ensuite assez bien jusque vers le milieu de mars; mais alors le malade se plaint d'un peu de douleur au niveau du cartilage de la sixième côte; on y reconnaît un abcès de la grosseur d'une pomme d'api, lequel fournit un pus d'assez bonne apparence. Deux jours après, il en apparaît un second au côté droit de l'abdomen. Les jours suivants, il s'en montre successivement d'autres au cou, à l'une des cuisses et à l'une des fesses; ce dernier est le plus volumineux. Il se développe en outre de petits abcès comme des satellites autour des premiers.

Le malade se trouvait néanmoins mieux vers la fin de mars lorsque, le 29 et le 30, il fut pris de diarrhée. Dans la nuit du 31 il eut trois vomissements de matières porracées. A la visite, on lui trouva la face décolorée et exprimant la souffrance; décubitus dorsal; pression abdominale douloureuse.

Le 1er avril, le malade est encore plus mal. Il ne peut supporter un cataplasme sur l'abdomen. Pouls fréquent et insensible; respiration saccadée; anxiété; soif continuelle. On pense qu'il s'est fait

(1) Voy. notre n° de mars 1838, Ve année, 2e sem., p. 114.

(1) Pareil phénomène s'est présenté chez un malade entré le 13 février dans le service de M. Fouquier pour une fièvre typhoïde des plus graves. Il y a eu un écoulement puriforme extrêmement abondant par l'oreille gauche, qui a duré très longtemps. Ce malade était encore dans les premiers jours d'avril dans les salles avec une convalescence laborieuse. Il était sourd de l'oreille gauche.

une perforation intestinale. Le malade meurt le lendemain.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les signes d'une péritonite générale. Liquide séro-purulent entre les replis intestinaux. Il existe un foyer de pus entre le foie et l'arc du colon. Le petit bassin en est rempli. Fausses membanes par endroits. On en trouve aussi dans le péricarde.

Pour voir s'il n'existe point de perforation intestinale, on a rempli l'intestin d'eau depuis le duodénum jusqu'au rectum; il n'y a pas la plus petite fuite de liquide, quoique l'intestin soit aminci en différents points.

Obs. 2. — *Fièvre typhoïde légère survenant dans le cours d'une maladie du cœur; péritonite sans traces de perforation.* — Un journalier de vingt-deux ans est entré, le 20 février, au n° 23 de la salle Saint-Michel, pour une maladie du cœur et pour des douleurs rhumatismales de l'épaule et du coude. On distingue en effet un bruit de souffle au second temps. La maladie est traitée comme telle, par les moyens palliatifs accoutumés, lorsque, vers le milieu de mars, le malade présente des phénomènes cérébraux inquiétants. Il est pris subitement d'agitation pendant la nuit et l'on est obligé de l'attacher. Le matin, il a la peau couverte de sueur; enduit noirâtre de la langue; fuliginosités. Le 17 mars, on lui fait une saignée du bras et on applique des ventouses à la nuque. Ces moyens le calment. Le lendemain, il y a de la prostration; le pouls est fort et peu fréquent; le malade urine involontairement; les selles sont rares.

Néanmoins ces symptômes s'amendent rapidement et le malade paraissait en pleine convalescence à la fin de mars, lorsque le 1er avril on lui trouve les traits décomposés, exprimant l'anxiété, et le pouls fréquent. Le 2 avril le décubitus est dorsal; le malade ne peut supporter la moindre pression sur l'abdomen; il est en proie à un hoquet fatigant. Pendant la nuit il a rendu en abondance des selles marquées de stries rougeâtres. Il a eu une épistaxis. On soupçonne, comme chez le malade précédent qui se trouve pareillement dans les mêmes circonstances, une péritonite par perforation. Le malade meurt le lendemain 3 avril.

A l'*autopsie*, on trouve les signes d'une péritonite à son début. Le petit bassin est rempli d'une sérosité louche; mais pas de fausses membranes. La même opération que chez le malade précédent, pratiquée sur l'intestin, fournit les mêmes résultats négatifs relativement à l'existence d'une perforation.

La maladie du cœur consiste dans une altération des valvules aortiques.

On sait que, dans les cas où l'on avait fortement lieu de soupçonner une perforation intestinale, on a employé l'opium à haute dose. Ce sont les docteurs Graves et Stokes qui paraissent avoir les premiers conseillé et employé avec succès cette méthode extrême. MM. Louis et Chomel croient avoir guéri chacun un malade de cette manière. Mais les faits que nous venons de rapporter en détail et ceux que nous avons cités pourraient faire douter si les malades qui se sont si bien trouvés de l'opium avaient bien réellement une perforation intestinale. Néanmoins il conviendrait toujours d'y avoir recours en pareille circonstance.

Mais puisque des malades peuvent avoir, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, une péritonite sans perforation, nous demanderons aux pathologistes qui n'admettent pas de péritonite spontanée à quelle cause ils attribueront celle qui a terminé d'un manière si rapide et si inattendue les deux fièvres typhoïdes que nous venons de rapporter. On objectera peut-être que la perforation n'a pas été suffisamment bien cherchée. Mais le soin avec lequel les autopsies importantes sont faites dans le service de M. Rayer nous semble devoir donner une grande authenticité aux résultats obtenus.

Des relations de l'état fébrile avec la température et avec la fréquence du pouls.

M. le prof. Andral fait depuis longtemps des recherches très suivies sur la température de la peau dans les divers états pathologiques. Il est encore difficile de prévoir à quels résultats pratiques ces études mèneront. Nous avons cependant été témoin d'un fait qui n'est pas sans intérêt sous ce point de vue; ce fait, sans doute, n'est pas unique; mais lorsqu'il s'en présente de pareils, ils passent d'ordinaire inaperçus, et cependant il est bon d'être prévenu, afin d'éviter une erreur de diagnostic sur l'état dynamique du malade.

Dans le courant de février dernier, il est entré dans le service de M. Andral un jeune garçon de dix-huit ans atteint d'une fièvre typhoïde. Il souffrait depuis quelque temps; mais il n'était alité que depuis quatre ou cinq jours, et s'efforçait néanmoins de manger, quoiqu'il n'eût aucun appétit et qu'il eût de la diarrhée. Le lendemain de son entrée, il avait tous les traits caractéristiques d'un état typhoïde: affaissement physique et moral; plus tard il se manifesta de la stupeur; la langue et les dents se couvrirent d'un enduit fuligineux, des taches rosées et des sudamina se montrèrent sur l'abdomen.

Or, voici ce que ce malade a offert de réellement remarquable le troisième jour de son arrivée dans les salles: la peau était très chaude; le thermomètre marquait 42° centigrades, et cependant le pouls était à peine fébrile, puisqu'il ne battait que 68 fois par minute. Qui eût pu dire cependant que ce malade fût dans un état apyrétique? Le 19, le pouls descendit à 60; la température baissa de son côté, mais d'un degré seulement, et se trouva alors à 41. Le 20, le pouls se ralentit encore de 8 battements, pendant que la température ne baissait que d'un seul degré. Le 21, le pouls était à 50, et la température était à 39,50. Le ralentissement le plus considérable du pouls a eu lieu le 22; il ne battait plus

alors que 45 fois par minute, et la température a été de 38,3. Cependant l'état du malade allait continuellement en s'améliorant, et il a commencé dès lors à entrer en convalescence.

Malgré l'absence de renseignements sur le pouls de cet individu antérieurement à sa maladie, on pourrait soupçonner que le chiffre de 46 à 48 pulsations, coïncidant avec l'entrée en convalescence, est chez lui l'état normal; mais, à mesure que la convalescence se complétait de plus en plus, la fréquence des battements du pouls a augmenté, et, à la fin de février, cet homme présentait, comme la plupart du monde, une soixantaine de pulsations. La température n'offrait d'ailleurs rien d'anormal. On pourrait donc conclure de ce fait que la fièvre consiste bien plus dans l'élévation de la température que dans la fréquence du pouls, et que c'est surtout sur la première qu'il faut diriger ses recherches, ne fût-ce que pour contrôler les données de la seconde qui se retrouve dans bien des états excluant l'élément fébrile.

Érythème noueux. — Voici maintenant un fait qui prouve que l'augmentation de fibrine dans les phegmasies peut avoir lieu sans fièvre et sans augmentation de température.

Une femme de trente ans environ est entrée, vers la même époque, dans le service de M. Andral pour une érythème noueux, très douloureux et siégeant sur la jambe droite. La malade, quoiqu'elle n'eût pas de fièvre, a été saignée et a donné un sang dans lequel la proportion de fibrine a été de près de 6 au lieu de 3 qui est le chiffre normal. M. Routier, interne dans le service de M. Andral, a déjà plusieurs fois analysé le sang d'individus affectés d'érythème noueux, et il a toujours trouvé à peu près la même proportion de fibrine en excès.

Il résulte de là qu'il existe dans l'exanthème connu sous le nom d'érythème noueux un véritable élément inflammatoire et non pas une simple hypérémie.

Diabète sucré. — La dernière des diabétiques du service de M. Andral, dont nous avons encore parlé dans le n° d'avril, est sortie de l'hôpital il y a environ un mois, à peu près dans l'état que nous avons signalé. Elle est revenue donner de ses nouvelles il y a une quinzaine de jours. Elle dit qu'elle suit chez elle le même régime exclusif qu'à l'hôpital. Elle n'a pas éprouvé de changement.

II. Clinique chirurgicale.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Services de MM. Velpeau et Gerdy.

Paraplégie; paralysie du mouvement et persistance du sentiment; compression de la partie antérieure de la moelle.

Le sujet qui a offert l'occasion si rare de vérifier sur l'homme la valeur de la célèbre théorie qui distingue dans la moelle épinière des faisceaux présidant au mouvement, les antérieurs, et d'autres présidant au sentiment, les postérieurs, est un nommé Gérard (Maximilien), ébéniste, âgé de 19 ans, entré dernièrement à la Charité pour un état pathologique très compliqué, qui n'a paru présenter de l'importance que dans les derniers moments du malade et à l'autopsie.

Cet homme était venu pour se faire traiter de deux tumeurs, l'une située à la région mammaire gauche, l'autre à la région sus-claviculaire du même côté. Pendant les premières semaines de son séjour, il offrit un état cachectique général peu en rapport avec la bénignité apparente de ses abcès et l'exercice assez régulier de ses fonctions. Mais, vers la cinquième semaine de son entrée, il survint d'abord un engourdissement dans les membres inférieurs, puis bientôt après une perte absolue des mouvements, le sentiment restant intact. Les membres pelviens se sont œdématiés et ont presque triplé de volume. La vessie et le rectum participèrent à la paralysie. Il se manifesta aussi une paralysie incomplète des membres thoraciques qui empêchait le malade de serrer la main. L'abcès du cou vint à suppurer sur ces entrefaites. Il y eut ensuite de ces eschares qui viennent si souvent terminer la scène chez les paraplégiques, et le malade s'éteignit. Le matin même du jour de sa mort, M. Velpeau avait encore constaté la persistance du sentiment dans les parties paralysées. Ces symptômes l'avaient porté à croire qu'il existait une lésion de la partie antérieure de la moelle à sa région lombaire. L'autopsie a donné une explication satisfaisante des principaux phénomènes observés pendant la vie.

Le malade était entré dans le principe pour l'abcès de la région mammaire gauche; on examina les côtes qui ne se trouvèrent point altérées; ainsi c'était un abcès froid.

La colonne vertébrale fut ouverte dans toute sa longueur; on trouva, depuis la sixième vertèbre du cou jusqu'à la deuxième du dos, un amas de matière tuberculeuse mélangée de pus. Les vertèbres correspondantes étaient légèrement cariées. La moelle était comprimée par une tumeur formée de matière purulente, concrète, appuyant sur sa partie antérieure. Le pus ne siégeait qu'entre la dure-mère et le corps des vertèbres; la substance de la moelle était saine et ne souffrait que de la compression.

Un trajet fistuleux conduisait des vertèbres cariées à l'abcès sus-claviculaire.

Les veines des membres inférieurs étaient remplies de concrétions sanguines anciennes.

A l'occasion de ce fait, M. Velpeau en a rapporté un autre qu'il a publié il y a une vingtaine d'années. Il s'agissait d'une femme qui mourut à l'hôpital de perfectionnement, affectée de paralysie du mouvement seul; car le sentiment s'était conservé. A l'autopsie, on trouva un fongus encéphaloïde occupant la région antérieure d'une portion de la moelle.

Mais M. Velpeau attache beaucoup plus

d'importance au fait qui vient d'être observé dans son service. Il prouve mieux que toutes les vivisections possibles en faveur de la division des nerfs vertébraux en nerfs du mouvement et nerfs du sentiment suivant que l'une des deux racines tire son origine de la portion antérieure et l'autre de la portion postérieure de la moelle.

L'importance de la question relative à l'origine de la production qui était la cause mécanique de la paraplégie s'efface beaucoup devant celle de la question physiologique. Mais en pratique elle est réellement d'un plus grand intérêt que cette dernière. Deux explications peuvent être données au sujet du foyer purulent de la région sus-claviculaire, lequel, lors de l'entrée du malade, n'offrait que l'aspect d'un simple ganglion, et qui à l'autopsie s'est trouvé en relation directe avec la carie vertébrale. La première idée qui se présente tout naturellement à l'esprit est que la carie a débuté primitivement aux vertèbres et que l'abcès du cou était un abcès par congestion. Cette explication a cependant été écartée, par le motif que la carie n'était pas assez considérable. Cette raison ne serait peut-être pas suffisante ; car ne voit-on pas les caries les plus superficielles des vertèbres dorsales et lombaires causer le plus souvent ces fusées purulentes si formidables, connues sous le nom d'abcès par congestion, tandis que le ramollissement et la fonte tuberculeuse du centre des vertèbres ne produit quelquefois qu'une gibbosité qui est un accident beaucoup moins grave?

Toutefois, on a préféré admettre que la maladie a commencé par l'inflammation et la suppuration d'un ganglion lymphatique, et que le foyer, au lieu de se porter primitivement vers la peau, s'est porté vers les parties profondes et a pénétré dans le canal vertébral en passant entre deux vertèbres. Le pronostic, dans cette seconde supposition, eût été beaucoup plus favorable si le ganglion eût été énergiquement attaqué dès le début. Mais qui pouvait prévoir que le ganglion en s'abcédant aurait l'idée d'aller se vider tout d'abord dans le canal vertébral?

Nous laisserons les lecteurs se décider en faveur de l'une ou l'autre explication. La conclusion qu'ils en pourront tirer sous le point de vue pratique est qu'il faut se défier quelquefois des ganglions du cou.

Les concrétions fibrineuses trouvées dans les membres inférieurs expliquent l'œdème de ces membres ; mais qui est-ce qui explique à son tour la formation des concrétions fibrineuses?

Des douleurs lombaires dans la métrite. — Vésicatoires.

Les engorgements phlegmasiques de l'utérus s'observent toujours en assez grand nombre dans le service du professeur Gerdy. Nous ne parlerons ici ni des causes, ni des symptômes, ni même du traitement de cette maladie. Nous voulons seulement appeler l'attention sur un des épiphénomènes ordinaires de la métrite : ce sont les douleurs lombaires. Elles sont telles, quelquefois, qu'elles empêchent les malades de se tenir debout, et même de dormir. Si, partant de l'idée que ces douleurs sont un phénomène sympathique de l'engorgement utérin, on s'en remet au traitement général, on condamne les malades à des souffrances souvent très longtemps prolongées. Nous avons vu plusieurs fois M. Gerdy attaquer ces douleurs par de larges vésicatoires volants sur la région lombaire. Ce moyen dissipe ordinairement les douleurs dans l'espace de vingt-quatre heures. Il suffit quelquefois d'appliquer un seul vésicatoire. Ceci se fait indépendamment du traitement indiqué pour la maladie principale.

Traitement des vieux ulcères des jambes par la position élevée.

M. Gerdy traite ces sortes d'ulcères par la position très élevée des jambes sur un plan incliné et par des pansements simples. Le fait par lui-même n'a rien qui ne se conçoive bien; mais on ne soupçonne guère la rapidité avec laquelle la guérison s'opère dans cette circonstance. Dans les cas où les bords de la plaie étaient calleux ou bien la peau détruite, nous avons vu la partie centrale de l'ulcère se recouvrir promptement d'un tissu cicatriciel épais, rouge, résistant, lequel constitue une sorte de derme qui résiste très bien dans la suite.

M. Gerdy emploie la position élevée dans beaucoup d'autres états morbides, et particulièrement dans ceux de la main avec congestion.

Accouchements.

III. Du traitement des adhérences intimes du placenta à l'utérus.

Le plus ordinairement, après l'expulsion du fœtus, la délivrance a lieu spontanément, ou seulement légèrement aidée, de quinze à trente minutes après l'accouchement. Dans quelques cas, heureusement fort rares, il n'en est point ainsi, et des accidents plus ou moins graves viennent retarder cette délivrance, ou forcer à la hâter. De ce nombre se trouvent les adhérences totales ou partielles du placenta.

L'on reconnaît facilement l'adhérence du placenta à ce que la matrice étant contractée, dure, globuleuse, le col étant souple, nullement contracté et complètement libre, le placenta ne reposant point sur cet orifice et ne s'y engageant point en cul-de-lampe, la délivrance ne s'opère pas malgré des tractions méthodiquement faites sur le cordon, après un délai suffisant pour le décollement du placenta.

Les adhérences morbides du placenta à la matrice sont de deux espèces, ou totales ou partielles. Or, il importe dans la pratique de les diagnostiquer les unes les autres, le traitement étant, suivant nous, différent dans l'une et l'autre espèce.

Heureusement que le diagnostic différentiel ne nous paraît pas difficile à établir.

L'adhérence totale intime n'est point accompagnée d'hémorrhagie (du moins nous n'en avons pas eu dans les trois cas que nous avons eu l'occasion d'observer).

L'adhérence partielle, au contraire, se complique toujours de ce fâcheux accident.

L'anatomie rend assez bien compte de cette différence. En effet, l'endroit où le placenta se greffe à l'utérus est la partie de l'organe ou les vaisseaux utérins hyperthrophiés présentent leurs orifices béants à l'extérieur de la muqueuse. C'est aussi de cette partie que l'hémorrhagie a le plus souvent lieu.

Il n'est donc point étonnant que dans l'adhérence générale il n'y ait point d'hémorrhagie, le tissu utérin restant avec le placenta dans les mêmes rapports qu'avant l'accouchement. Toutes les fois au contraire qu'une portion de placenta reste intimement unie à l'utérus, la partie utérine dénudée, ne pouvant complètement revenir sur elle-même par suite des parties voisines complètement adhérentes et de la présence du placenta dans la cavité utérine, laissera couler le sang en quantité quelquefois considérable.

Quelle doit être la conduite de l'accoucheur en présence de l'un ou de l'autre de ces accidents? Il y a controverse entre les auteurs. Pour mieux répondre à cette question, nous devons la diviser en deux paragraphes, suivant la nature même des adhérences.

1° *Adhérences totales intimes, point d'hémorrhagie.*

Quelques auteurs, craignant que le placenta ne détermine des accidents par son seul séjour dans l'utérus ou par sa fonte putride, et redoutant l'hémorrhagie à laquelle la femme est journellement exposée, enseignent qu'il faut délivrer de suite et à tout prix. D'autres, aussi nombreux peut-être, pensent qu'il est toujours temps de remédier à l'hémorrhagie lorsqu'elle survient, et, s'appuyant sur de nombreuses observations cliniques qui prouvent que le placenta peut rester un grand nombre de jours dans l'utérus sans produire d'accidents, et même sans se putréfier, pensant d'ailleurs que les manœuvres auxquelles on est obligé de se livrer pour extraire le placenta sont au moins aussi dangereuses que sa rétention dans l'utérus, sont d'avis d'attendre. Les faits suivants corroborent, je pense, cette dernière manière de voir :

Obs. I. — Adhérence intime générale ; délivrance; mort. — Mme R., primipare, accoucha spontanément à une heure du matin, le 24 mai 1829, après huit ou dix heures d'un travail très régulier. Après l'accouchement, la matrice revint sur elle-même et forma à l'épigastre cette tumeur dure et sensible que connaissent tous les accoucheurs. Après une demi-heure d'attente, pendant laquelle j'avais fait des frictions manuelles sur le ventre, la délivrance ne se faisant pas, je m'efforçai, mais en vain, de l'accélérer par des tractions méthodiques sur le cordon ; il n'y avait point de pertes et le placenta n'oblitérait pas le col en s'y engageant en cul-de-lampe, mais restait adhérent à la paroi postérieure de l'organe. J'administrai alors quatre grammes de seigle ergoté, en poudre fine et récemment préparée, un gramme de demi-heure en demi-heure, et continuant mes frictions sur le globe utérin. De nouvelles tractions furent faites sur le cordon, mais sans succès, quoique j'eusse fait placer la malade en travers de son lit, les pieds soutenus par des chaises et les cuisses écartées afin de me placer entre elles (1).

A six heures, j'injectai par la veine ombilicale un demi-litre d'eau froide. Ce moyen n'eut pas plus de succès que les précédents. Voyant que l'utérus restait dur, globuleux et qu'il n'y avait point d'hémorrhagie, je déclarai au mari et aux parents de cette femme qu'il n'y avait point d'autres moyens à employer que la patience, qu'il y avait probablement adhérence de tout le placenta avec l'utérus et que le décollement artificiel du placenta me paraissait plus dangereux que l'attente. J'avais affaire à des gens du peuple habitués à voir les sages-femmes délivrer immédiatement après l'accouchement et croyant que la rétention du placenta peut occasionner immédiatement les accidents les plus graves ; aussi ne se rendirent-ils point à mes raisons, et je dus m'adjoindre un conseil.

Le confrère désigné par la famille se rendit auprès de la malade à dix heures du matin, et quoiqu'il n'y eût pas eu la plus petite hémorrhagie (je n'avais pas quitté la malade), il fut d'avis de procéder immédiatement à la délivrance, craignant que la putréfaction du placenta ne déterminât une résorption purulente et que sa seule présence dans l'utérus ne déterminât des convulsions, etc., etc. Cette opinion cadrait trop avec celle des parents et amis qui remplissaient la chambre de la malade pour que je pusse m'y opposer (moi, jeune médecin que l'on accusait déjà de vouloir faire mourir cette femme en ne la délivrant pas). Je dus me borner à me récuser et à prier le confrère de vouloir bien délivrer lui-même. Il y procéda de suite et à trois reprises différentes, amenant à chaque fois une poignée de lambeaux placentaires, après quoi il dit que la femme était parfaitement délivrée; je ne m'en assurai point. L'on prescrivit de l'eau d'orge et de tilleul pour boisson, des cataplasmes sur le ventre, et du bouillon pour nourriture. Le soir, une métro-péritonite s'était déclarée. Voici l'état où je trouvai la malade : ventre sensible et tuméfié ; utérus

(1) Cette position est la meilleure pour la plupart des opérations tokologiques même les plus simples. Il m'est souvent arrivé de parvenir à délivrer très facilement des femmes chez lesquelles de nombreuses et inutiles tentatives avaient été faites et chez lesquelles on croyait le placenta adhérent. J'attribue ma réussite dans ces cas à cette position transversale où je plaçais les malades, tandis que mes confrères les avaient laissées dans la position ordinaire.

très douloureux et très chaud à son col; pouls fréquent (120) et dur; soif intense; vomissements. Prescription : vingt sangsues sur le ventre; après leur chute, cataplasmes.

Le 25 au matin, les symptômes, bien loin de diminuer, ont augmenté d'intensité, et une sanie fétide, charriant des lambeaux de placenta, s'écoula par la vulve. Le pouls est à 140 et très petit; les vomissements continuent. Prescription : vingt nouvelles sangsues; continuation des cataplasmes; friction toutes les deux heures (à la partie interne des cuisses) avec huit grammes de pommade mercurielle double; eau de Seltz sucrée avec le sirop de groseilles framboisé; trois injections avec une décoction de graine de lin additionnée d'une cuillerée à bouche de liqueur de Labarraque par demi-litre; diète absolue.

Malgré ces moyens, cette malheureuse expira dans la nuit. L'autopsie ne fut pas faite.

Obs. II. — Adhérence totale intime du placenta; rétention pendant cinq jours; guérison. — Mme T., petite et chétive, déjà mère de cinq ou six enfants, accoucha spontanément le 8 décembre 1830, à neuf heures du matin, après quatre heures de travail, d'une fille assez longue, mais très maigre et qui ne vécut que quinze jours. L'utérus revint très bien sur lui-même, et se présentait dans la région hypogastrique sous la forme d'une tumeur dure et arrondie, peu douloureuse. Je fis sur le ventre quelques frictions de façon à exciter la matrice en l'embrassant à pleine main. Ce fut inutilement que je me livrai à cette manœuvre, la délivrance ne se fit pas; après une demi-heure d'attente, la malade se frictionna elle-même pendant que je faisais quelques tractions sur le placenta qui était adhérent à la partie antérieure et supérieure de l'utérus. Ces tractions n'eurent aucun résultat. Ayant les doigts dans le col utérin, je trouvai les membranes détachées autour de cet orifice; je les saisis afin de m'en aider dans mes tractions; mais, une fois décollées d'avec l'utérus, elles se rompirent et furent entraînées à l'extérieur. Malgré cela, il n'y eut point d'hémorrhagie. Je plaçai la malade en travers de son lit et je fis de nouvelles tractions, mais en vain. Comme le cordon était intact, j'eus recours aux injections d'eau froide par la veine ombilicale; elles n'eurent d'autre effet que d'augmenter les coliques de la malade. J'administrai ensuite quatre grammes de seigle ergoté en une potion de cent vingt-cinq grammes par cuillerée toutes les dix minutes, et, lorsqu'elle fut prise, je fis de nouvelles et inutiles tractions sur le cordon. Enfin, à six heures de l'après-midi, neuf heures après l'accouchement, je quittai ma malade, lui conseillant de rester tranquille et de se borner à boire une infusion de tilleul tiède et sucrée. Je revis la malade dans la soirée; elle était dans le même état; je fis de nouvelles tractions sur le cordon tout aussi inutilement que le matin.

Les 9 et 10, il n'y eut point de changement dans la position de cette femme; je lui prescrivis des bouillons, de l'eau d'orge édulcorée avec le sirop de groseilles framboisé, et des injections vaginales faites avec une décoction de graine de lin.

Le 11, la fièvre de lait eut lieu comme à l'ordinaire; l'écoulement vaginal n'était qu'un suintement légèrement odorant. Cependant je fis ajouter une cuillerée à bouche de liqueur de Labarraque par demi-litre d'injection.

Le 12, en renouvelant mes tractions sur le cordon (comme j'avais l'habitude de le faire chaque jour), je sentis que le placenta cédait à mes efforts; je m'empressai de porter quelques doigts à l'orifice utérin, et je retirai le placenta qui avait à peine d'odeur quoiqu'il fût resté cinq jours dans l'utérus. Le cordon ombilical s'insérait au centre de la masse; la surface utérine du placenta présentait la presque totalité de ses lobes convertis en une substance dure, élastique, d'un blanc jaunâtre, friable et parsemée çà et là de petites concrétions ostéiformes. Le pourtour du placenta présentait une bandelette de cette substance jaunâtre et élastique qui me parut siéger dans la duplicature de la caduque. Il s'écoula pendant la journée un peu de sang pur; le lendemain ce n'était plus que de la sérosité roussâtre; la malade ne tarda pas à se rétablir et vit encore.

J'eus beaucoup de peine à obtenir de cette femme et de son mari que l'on ne fît pas de tentative pour délivrer quand même. Je ne dus leur patience qu'à la grande confiance que je leur avais inspirée précédemment en guérissant un de leurs enfants atteint d'une pleuro-pneumonie assez grave.

Obs. III. — Adhérence totale du placenta; rétention pendant sept jours; guérison. — Mlle X., primipare, forte et vigoureuse, âgée de vingt-huit ans, accoucha spontanément le 20 octobre 1840, à trois heures de l'après-midi, d'un garçon vivant, d'une force ordinaire, qui fut mis aux Enfants-Trouvés et dont j'ignore le sort.

Les phénomènes observés chez cette malade furent absolument les mêmes que pour les précédentes; aussi les mêmes moyens furent-ils mis en usage, tels que tractions méthodiques sur le cordon, injections d'eau froide par la veine ombilicale, administration de l'ergot de seigle, le tout avec une inutilité d'autant plus déplorable que la malade accouchait en secret et avait hâte de rentrer chez elle. Cependant je la quittai à neuf heures du soir, après lui avoir prescrit une infusion de tilleul édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger et du bouillon. Les deux jours suivants, je fis faire des injections vaginales avec une décoction de graine de lin; les jours suivants, on y ajouta de la liqueur de Labarraque. La fièvre de lait eut lieu comme dans l'accouchement le plus normal. Enfin, le 27 au matin, comme je faisais mes tractions habituelles sur le cordon, j'eus le bonheur d'amener à l'extérieur le placenta complet.

Le cordon était inséré vers l'extrémité inférieure du placenta, ce qui rendait les tractions moins énergiques, et expliquait peut-être pourquoi le placenta était resté si longtemps adhérent. Le placenta n'avait presque pas d'odeur et ne présentait aucune trace de décomposition putride. La surface utérine était presque en totalité convertie en une masse dure, d'un blanc jaunâtre, élastique, et occupant dans plusieurs points les trois quarts de l'épaisseur du placenta; dans les autres endroits il n'y avait qu'une couche assez mince de cette substance. Il s'écoula une petite quantité de sang rouge après son extraction. Le jour même la malade retourna chez elle. J'ai su depuis que les lochies conservèrent longtemps une teinte rosée. La malade s'est parfaitement rétablie, quoique n'ayant pas pris tous les soins voulus en pareil cas.

Des trois cas qui précèdent, ainsi que d'un grand nombre de semblables publiés par divers praticiens, je pense que l'on doit tirer cette conclusion que, toutes les fois qu'il y a adhérence intime totale, et par conséquent point d'hémorrhagie, il est plus prudent d'attendre le bénéfice de la nature que de se livrer à des manœuvres fort douloureuses et même dangereuses, et auxquelles d'ailleurs l'on est toujours à même de recourir si quelque accident y forçait.

Je crois que la crainte de la putréfaction du placenta est illusoire tant qu'il conserve des adhérences avec l'utérus; du moins il n'y en avait point dans les deux cas que j'ai observés. La légère odeur que j'ai signalée venait, je n'en doute pas, de quelques lambeaux de membranes qui avaient pris une teinte verdâtre. Je n'ai vu ni hémorrhagie ni accidents nerveux.

2°. *Adhérences intimes partielles; hémorrhagie.*

Cette espèce d'adhérence est bien plus commune que l'adhérence totale, et il est bien peu de praticiens qui n'aient eu occasion d'en observer quelques cas; elle est aussi bien plus dangereuse par suite de l'hémorrhagie qui l'accompagne constamment; cependant l'on n'est point encore complètement d'accord pour son traitement.

Tous les accoucheurs conseillent dans ce cas d'avoir recours à une prompte délivrance; mais les uns la veulent totale, les autres partielle. Ainsi, ceux qui délivrent dans l'adhérence intime totale demandent, à bien plus forte raison, que l'on délivre totalement dans celle-ci.

Ceux, au contraire, qui rejettent la délivrance dans le premier cas, ne la veulent que partielle dans celui-ci, et tel serait aussi notre avis si nous n'avions vu des accidents fort graves à la suite des délivrances partielles (hémorrhagies continues et intermittentes), et si nous n'avions trouvé les moyens de délivrer dans ces cas sans employer les manœuvres nécessaires dans l'adhérence totale.

Voici notre manière de procéder : l'adhérence intime partielle accompagnée d'hémorrhagie, étant reconnue, nous plaçons la malade en travers de son lit et nous nous plaçons entre ses cuisses; puis, introduisant dans l'utérus la main droite si le placenta est à droite, et la main gauche s'il est à gauche, nous saisissons à pleine main, autant que faire se peut, la partie décollée du placenta, le plus près possible de la partie adhérente, et nous lui imprimons des mouvements de rotation; cette manœuvre suffit ordinairement pour détacher de l'utérus la partie qui y adhère.

Si nous avons affaire à un lobe du placenta adhérent et laissé isolé dans l'utérus après une délivrance partielle, nous le détachons ordinairement en poussant fortement dessus, et alternativement, dans quatre directions opposées, ayant toujours grand soin d'éviter l'emploi des ongles.

Parmi un grand nombre d'observations d'adhérences partielles, je ne citerai que les quatre suivantes.

Obs. IV. — Travail datant de trois jours, forceps; adhérence intime partielle; délivrance complète; guérison. — Le 27 janvier 1833, j'accouchai avec le forceps Mme L., primipare, âgée de vingt-six ans, et d'un tempérament lymphatique. Le travail durait depuis trois jours, et la tête, qui se présentait en occipito-cotyloïdienne gauche, était dans le petit bassin depuis quinze à vingt heures, lorsque je fus appelé près de cette malade qui habitait la campagne. L'application du forceps fut des plus simples et amena un fœtus mort. La matrice revint sur elle-même et forma à l'hypogastre la tumeur habituelle. Des frictions manuelles furent pratiquées sur le fond de l'utérus pour hâter la délivrance. Nonobstant ce moyen, il se déclara une hémorrhagie assez considérable pour me déterminer à extraire le placenta avant qu'il se fût engagé dans le col de l'utérus. Dans cette intention, je portai deux doigts dans le col de l'utérus jusque sur la racine du cordon (le placenta était adhérent au côté droit de l'utérus); je fis des tractions méthodiques sur le cordon, mais en vain. Ces tentatives d'extraction furent renouvelées à diverses reprises pendant une heure environ, sans autre résultat que l'arrachement du cordon. J'avais soin de faire frictionner et fixer l'utérus pendant que je me livrais à ces tractions et de la frictionner moi-même dans les intervalles. Des linges imbibés d'oxycrat étaient en outre continuellement appliqués sur le ventre et les cuisses; la malade s'affaiblissant, n'ayant plus la ressource du cordon et manquant de seigle ergoté (1), je portai la main droite dans l'utérus et trouvai le placenta détaché dans environ les

(1) Pour ne plus éprouver le désagrément de me trouver à la campagne sans seigle ergoté, j'ai depuis lors pris l'habitude d'en avoir toujours sur moi quatre grammes en grains; pour éviter sa détérioration, au moment de m'en servir je le fais moudre avec un moulin à café, ou broyer dans une écuelle de grès avec le manche d'une pelle, etc.

trois quarts de son étendue; je le saisis alors à pleine main, et, lui imprimant un mouvement de torsion de droite à gauche, je fus assez heureux pour le détacher et l'extraire; l'hémorrhagie s'arrêta instantanément, et la femme se rétablit parfaitement. Le placenta présentait trois cotylédons indurés, durs, élastiques, d'un blanc jaunâtre; c'était par eux que le placenta adhérait à l'utérus.

Obs. V. — Accouchement spontané; adhérence partielle intime du placenta; hémorrhagie; délivrance; guérison. — Le 13 novembre 1835, à quatre heures du matin, la même femme, enceinte pour la deuxième fois, ressentit les premières douleurs de l'enfantement et me fit appeler de suite. Cette fois le travail ne fut pas long, et à neuf heures et demie du matin elle donnait le jour à un enfant vivant et qui a continué de vivre.

Si tout s'était bien passé pour l'accouchement, il n'en fut pas de même pour la délivrance; les accidents qui avaient compliqué la délivrance de l'accouchement précédent se représentèrent à celle-ci. Le placenta était encore adhérent en partie au côté droit de l'utérus. Les moyens employés lors de l'accouchement antérieur furent mis en usage, plus quatre grammes de seigle ergoté.

La malade était pendant les premières tractions, faites sur le cordon, couchée le long de son lit, et j'étais placé à sa droite; mais, pour les rendre plus efficaces, je la fis mettre en travers. Voyant que tous ces moyens ne me réussissaient pas, je portai la main droite dans l'utérus, et, trouvant le placenta à moitié décollé, je le saisis à pleine main et, lui imprimant deux ou trois mouvements de torsion, je le détachai complètement et j'en fis l'extraction.

La malade se rétablit parfaitement; le tissu placentaire était, dans une étendue de huit à dix centimètres carrés, transformé en une masse dure, friable, criant sous le scalpel et d'un blanc jaunâtre. Cette transformation occupait toute l'épaisseur de cette portion de placenta. La pièce fut présentée à la section de médecine de la Société des sciences et arts de Rennes.

Cette femme était vouée, paraît-il, aux accidents occasionnés par le placenta, car, dans sa troisième et dernière grossesse, je fus obligé de l'accoucher à sept mois de grossesse pour une insertion du placenta sur le col, qui détermina une hémorrhagie très abondante, et dont elle eut beaucoup de peine à se rétablir. Elle mourut quelques mois plus tard d'une fièvre typhoïde qu'elle contracta en soignant sa domestique atteinte de cette maladie (1).

Obs. VI. — Accouchement spontané; adhérence intime partielle, méconnue; délivrance incomplète; hémorrhagie continue pendant dix jours. — Le 10 septembre 1844, je fus appelé auprès de Mme B., âgée de trente-neuf ans, d'une santé détériorée par douze grossesses antérieures. Cette femme avait été accouchée il y avait dix jours par une sage-femme; depuis lors elle avait continuellement perdu une assez grande quantité de sang; l'accouchement avait été des plus simples, seulement il lui avait semblé que la délivrance n'avait pas été aussi facile qu'à l'ordinaire.

Voici l'état où je la trouvai lors de ma visite: figure pâle et bouffie, regard inquiet et craintif, la peau froide, seins flasques; le pouls, petit, fréquent (115), se laisse facilement déprimer par le doigt qui le comprime; toutes les fois qu'un besoin force cette femme à se soulever, elle éprouve des éblouissements, des tintements d'oreilles, et est prise d'une demi-syncope. L'écoulement vaginal est inodore et formé de sang assez pur; le corps de l'utérus se montre dans l'hypogastre sous la forme d'une boule dure et peu sensible et plus développée qu'elle ne l'est ordinairement à cette époque de l'accouchement.

Soupçonnant qu'une partie du placenta était retenue dans l'utérus et que sa présence occasionnait la perte, je touchai la malade, et trouvai le col utérin largement ouvert et la cavité de la matrice contenant une masse spongieuse que je reconnus pour une portion du placenta restée adhérente à la partie postérieure et supérieure gauche de la matrice. Ayant placé la malade en travers de son lit, les jambes appuyées sur deux chaises, je pus, sans trop de difficulté, introduire la main gauche dans l'intérieur qui me parut avoir la capacité d'un utérus à quatre mois de grossesse; saisissant la tumeur à pleine main, je lui imprimai quelques mouvements de torsion qui la détachèrent. L'extraction s'en fit ensuite avec la plus grande facilité. La masse extraite avait le volume d'un œuf de dinde, et était formée par deux ou trois cotylédons indurés; elle n'avait point d'odeur, et les portions où le placenta avait conservé son tissu normal étaient d'un beau rose. Quoique pendant toute cette manœuvre j'eusse soin de fixer fortement la matrice avec la main droite appliquée sur l'hypogastre, la malade parut souffrir beaucoup et cria tant qu'elle put que je lui arrachais le cœur et que j'allais la tuer.

La malade avait tellement perdu et était si faible que je prescrivis de la limonade vineuse et du bouillon de quatre en quatre heures; en outre, pour exciter les contractions utérines, elle prit toutes les heures une cuillerée de la potion suivante :

(1) Quoique ce ne soit pas ici le lieu, nous disons cependant que la contagion de la fièvre typhoïde n'est plus pour nous l'objet du moindre doute, tant nous avons vu de fois cette maladie se propager d'un village à un autre, et souvent à de très grandes distances. Voici son mode de propagation : un habitant d'une localité où il n'y a point de fièvre typhoïde vient passer une nuit près d'un parent ou d'un ami atteint de cette maladie, et s'en retourne chez lui le lendemain matin; il ne tarde pas à être atteint de cette affection, et, à son tour, il devient un foyer d'où la maladie se propage, d'abord aux habitants de la maison, puis à ceux des villages voisins.

Poudre de seigle ergoté,	4	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges,	25	—
Hydrolat de cannelle orgé,	100	—

Le 11, l'écoulement vaginal ressemblait aux lochies ordinaires, l'utérus était considérablement revenu sur lui-même, le pouls était tombé à 80, et la figure de la malade n'exprimait plus comme la veille la souffrance et la crainte. La potion fut supprimée, et l'on continua la limonade et les bouillons.

Le 12, la malade est très bien, je permets des potages. L'alimentation fut progressivement augmentée, et le 17, jour où je cessai mes visites, cette femme avait repris ses occupations de ménage.

Obs. VII. — Rétention d'une portion de placenta; hémorrhagie intermittente; délivrance vingt-deux jours après l'accouchement; guérison.—Mme G., boulangère, trente-huit ans, déjà mère de six enfans, accouche, le 9 janvier 1846, de deux enfants; le premier se présente bien et l'accouchement est spontané; le deuxième présente l'une des épaules et nécessite la version. La délivrance fut probablement activée par des tractions intempestives, la sage-femme qui assistait cette femme ayant hâte de se rendre auprès d'une autre personne qui réclamait ses soins. Toutefois la malade ne se rappelle pas que sa délivrance ait rien présenté d'extraordinaire. Les deux enfants, petits et chétifs, refusent le sein et meurent au bout de quelques jours. Les lochies coulent en rouge pendant huit jours; la malade en est très affaiblie, mais ne s'en inquiète pas, la sage-femme lui disant que tout était pour le mieux. Cette femme, qui ordinairement vaquait à ses occupations au bout de quatre jours, ne se leva que le dixième jour de sa couche, et conserva quelques coliques et quelques douleurs lombaires qui reviennent surtout après les repas.

Le 20 et le 21, écoulement nul ou presque nul. Le 22, pendant son dîner, coliques vives, perte de quelques gros caillots noirâtres, puis écoulement de sang d'un rouge vif. La malade se couche; on lui couvre le ventre et les cuisses de compresses imbibées d'oxycrat, et la perte s'arrête. Les 23 et 24, suintement séro-muqueux. L'hémorrhagie reparaît le 25 en tout semblable à celle du 22, et s'arrête encore sous l'influence du repos et des réfrigérants pour reparaître plus intense le 28. C'est alors seulement, dix-neuf jours après son accouchement, qu'elle réclama les secours d'un médecin et que je fus appelé, à quatre heures de l'après-midi. Je trouvai cette femme couchée, la peau froide, la figure pâle; le pouls était petit et fréquent (100); la malade est vivement impressionnée de son état; les parties génitales externes sont comprimées avec un tampon de linge qui n'empêche pas une notable quantité de sang de s'échapper à l'extérieur. Après avoir enlevé cette garniture je portai deux doigts dans le vagin et j'en retirai un très gros caillot noirâtre qui remplissait cet organe. Le col utérin était suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de l'indicateur et du médius; je pus constater que l'utérus avait à peu près la capacité qu'il présente à trois mois de grossesse, qu'il contenait quelques caillots, et qu'à sa paroi antérieure et latérale gauche existait une tumeur assez dure ayant à peu près le volume d'une moitié d'œuf de poule; cette tumeur, mobile par son extrémité inférieure, adhérait à l'utérus par l'autre. Je diagnostiquai la rétention d'une portion adhérente de placenta. J'essayai de le saisir entre mes deux doigts et de l'entraîner, cela me fut impossible; je m'efforçai de le détacher en le repoussant avec le médius, je ne réussis pas mieux. J'étais du reste fort mal placé, étant à la droite de la malade qui était couchée tout le long de son lit; de plus, elle était fort indocile et faisait tous ses efforts pour me repousser, criant, comme la plupart des femmes, que je lui arrachais le cœur, quoique j'eusse soin de refouler fortement l'utérus dans le petit bassin avec la main appliquée sur l'hypogastre, afin de lui éviter les tiraillements qui arrachent les cris. Pendant ce temps, un sang vermeil s'écoulait abondamment. Je dus suspendre mon opération pendant quelques minutes pour laisser reposer la malade et lui remonter le moral; mais lorsque je voulus recommencer, l'utérus, irrité par mes manœuvres, s'était contracté, et l'orifice refermé ne permettait que l'introduction d'un doigt, et à peine pouvais-je arriver à l'extrémité inférieure de la tumeur. Pendant tout ce temps il s'écoulait une assez grande quantité de sang; je ne crus pas prudent de renouveler mes tentatives ni d'attendre tranquillement pour les recommencer que le spasme utérin eût cédé; je préférai employer le tamponnement du vagin, vu le petit volume de l'utérus; cette opération fut pratiquée suivant la méthode de M. Bretonneau (en chapelet); la quantité de filasse que j'employai fut double de celle dont on a besoin pour un avortement, tant était grande la dilatabilité du vagin qui n'avait pas encore eu le temps de reprendre sa rigidité normale; cela me donna de l'inquiétude pour l'utérus. La malade fut recouverte d'un drap, et je lui prescrivis de garder le coucher horizontal, de boire un demi-verre de limonade sulfurique toutes les heures et de prendre la potion suivante par cuillerée de deux heures en deux heures :

Poudre fine de seigle ergoté,	6	grammes.
Sirop de fleurs d'oranger,	25	—
Hydrolat de mélisse,	100	—

Je revis la malade entre huit et neuf heures du soir. La perte n'a pas reparu; la peau est moins froide. La malade se plaint de légères coliques qui durent une partie de la nuit, quoique plusieurs cuillerées de potion soient vomies.

Le lendemain, 29, à huit heures du matin, le pouls bat 90; il est plus souple et plus large; la peau est bonne; j'enlève le tampon, il n'y a pas le moindre écoulement de sang; l'orifice

du col utérin est refermé et le doigt ne pénètre pas au delà du museau de tanche; je fais ajouter une couverture au lit de la malade et je lui permets du bouillon et du lait froid. Continuation de la limonade sulfurique; on la change de linge.

Le 30, même état; deux soupes, limonade, lavement.

Le 31, la malade demande à manger; léger suintement séro-muqueux, peu odorant. Je prescris les mêmes moyens que la veille, plus une injection d'eau de graine de lin.

A deux heures de l'après-midi, immédiatement après avoir pris une soupe, la perte recommence; l'on m'envoie chercher de suite, mais je ne pus me rendre auprès de la malade qu'à trois heures, et je la trouvai dans un état aussi fâcheux que le 28. Après avoir débarrassé le vagin d'un gros caillot et fait placer la malade en travers de son lit, je pus introduire toute ma main dans cet organe, et, avec l'indicateur et le médius introduits complètement dans l'utérus, arriver jusqu'à l'endroit où la tumeur était adhérente, et, en le repoussant fortement en haut, la détacher, puis l'extraire. C'était, comme je l'avais diagnostiqué, une petite portion de placenta induré. La substance était blanche, friable, traversée de lamelles fibreuses; sa partie inférieure présentait deux petits caillots noirâtres. Elle n'avait aucune odeur désagréable, et celle de sang était la seule qu'elle exhalât. La malade fut recouchée et remise au bouillon, à la limonade et à la potion anti-hémorragique additionnée de quatre grammes d'extrait aqueux de *cachou*.

Le 1er février, la malade a bien dormi et n'a eu qu'un léger suintement séro-sanguinolent; on suspend la potion, on continue la limonade, et je permets deux soupes. Il y a eu de la sueur pendant la nuit.

Le 2 février, l'écoulement est séreux et légèrement odorant; bien-être général; trois soupes, même tisane.

Le 3, la malade est tout-à-fait bien, demande des aliments et à se lever, ce que je lui accorde.

Le 6, elle a repris ses occupations.

Nous venons de voir :

1° Le placenta adhérent et en partie détaché déterminer des hémorrhagies abondantes qui peuvent tuer instantanément la femme sous nos yeux;

2° La rétention d'une portion adhérente de placenta déterminer une petite hémorrhagie continue ou intermittente qui ne foudroie pas, il est vrai, la malade, mais qui la conduit doucement au même but;

3° L'innocuité, croyons-nous, de la méthode que nous employons pour opérer ces délivrances (n'ayant jamais recours aux ongles), toutes choses qui nous font adopter entièrement l'avis des accoucheurs qui conseillent, dans les cas d'adhérences partielles, de délivrer complètement la malade et à rejeter la méthode contraire.

Pous nous résumer, nous disons :

1° Adhérences intimes totales, point d'hémorrhagie; attendre.

2° Adhérences intimes partielles, hémorrhagie; délivrer complètement.

3° Ne jamais employer les ongles, mais tordre et ébranler la partie adhérente.

A. Godefroy, D.-M. P.
Professeur d'accouchements à l'École de médecine de Rennes.

Syphiliographie.

IV. Des maladies vénériennes.

(*Extrait des leçons cliniques de M. le docteur Ricord à l'hôpital du Midi.*)

Nous définirons ces maladies : toutes celles qui sont communiquées de l'individu infecté à un individu sain par des rapports immédiats, et le plus souvent sexuels. Cette définition, qui ne préjuge rien sur la nature, le siége, etc., de l'affection, est la seule convenable à un groupe de maladies qui, très différentes par leur nature, leur marche, leurs conséquences, procèdent cependant, dans le plus grand nombre des cas, d'actes vénériens; elle s'applique aussi bien aux accidents purement locaux et incapables d'étendre leur sphère d'action au delà du tissu primitivement affecté qu'à ceux qui sont susceptibles d'infecter l'économie entière : elle sera complétée par la définition de chaque accident en particulier.

Dans ces conférences éminemment pratiques, nous ne saurions, sans encourir le reproche d'*incuriosité* adressé par *de la Mettrie* à ses contemporains, passer complètement sous silence l'historique des maladies vénériennes; non dans le but de pénétrer si elles furent l'effet de la colère céleste, des influences sidérales, mais dans le but plus sérieux d'en reconnaître le véritable point de départ, les conditions d'incipience, et de remonter à leur cause spécifique, sans pourtant nous engager avec ces données dans les vaines et interminables discussions des spécialistes du XVIe siècle sur l'excellence de telle ou telle médication à l'exclusion de toutes les autres.

Pour nous, qui croyons à l'*antiquité* des maladies vénériennes, leur histoire comprendra trois grandes périodes : la première nous amènera jusqu'à l'épidémie du XVe siècle; la seconde jusqu'à Fernel; et la troisième s'étendra de cet auteur jusqu'à nos jours.

Première période. Etablissons d'abord que les maladies vénériennes non virulentes (1) sont peut-être antérieures à l'homme, si, comme l'Ecriture nous l'enseigne, l'homme fut créé après tous les autres animaux. Chez ceux-ci, en effet, chez la gent canine par exemple, rien de plus commun que la blennorrhagie (*Lévitique*, chap. 15). Où est l'origine, le berceau de la syphilis? Peut-être, comme pour le farcin, la rage, ailleurs que dans l'espèce humaine. Cette idée d'origine commune

(1) Qu'on nous permette ces expressions que nous justifierons un peu plus loin.

du farcin et de la variole, déjà vieille, a été ridiculisée à tort suivant nous. Comme le virus vaccin, n'ont-ils pu être transplantés, greffés sur l'homme? Une autre analogie rapproche à nos yeux le farcin de la vérole : celui-là, comme celle-ci, resta longtemps ignoré, bien qu'il ait dû de tout temps se transmettre du cheval à l'homme, et, connu seulement d'hier, il semble être une invention de notre époque heureusement éclairée. — Quoi qu'il en soit de ces vues sur lesquelles nous reviendrons, disons que le nom même d'*affection syphilitique* n'est consigné nulle part avant le XVe siècle, bien qu'on trouve incontestablement dans les anciens des descriptions d'accidents, de maladies qui se rapportent à ce que nous connaissons : le nom seul y manque. Ainsi l'Ecriture décrit sous le nom de gonorrhée la blennorrhagie, la blennorrhagie contagieuse; ce mot gonorrhée (*profluvium seminis*) consacre une erreur générale chez les anciens, et que Ferrier combattit le premier (1553). Quant à l'existence de ces écoulements morbides, malgré l'insigne mauvaise foi de quelques commentateurs, elle est établie d'une manière irréfragable par le texte même des livres de Moïse et les précautions que prend ce législateur pour arrêter la propagation du mal. — Hippocrate (*Malad. épid.*, liv. 6, sect. 3-8) parle d'ulcérations de la verge, de pustules sur cette partie, de chute des cheveux et des poils, de maladies des os, etc. Celse (*Malad. des parties génitales*, liv. VI, chap. 9), à côté de l'inflammation simple du prépuce et du gland, décrit toutes les variétés de chancres indurés ou non indurés, avec ou sans phimosis ou paraphimosis, le cancer de la verge, etc. Mais, nous dira-t-on, si ces auteurs avaient décrit des accidents syphilitiques, ils auraient signalé leur cause spécifique, leur nature contagieuse!... Rien de moins concluant suivant nous : s'expliquant tout par l'inflammation simple, qu'ils connaissaient seule, les anciens n'ont pas dû faire pour les affections syphilitiques ce qu'ils ne faisaient pour aucune autre; comme le fait au reste une école célèbre qui vient de nos jours, en dépit de l'expérimentation, soutenir la non-spécificité des accidents syphilitiques. Or, ce que les modernes ne veulent point voir, Celse pouvait bien l'ignorer. Attribuant les plaques muqueuses de la marge anale, les hémorrhoïdes, toutes les tumeurs du testicule à une même cause, l'inflammation, il les confond toutes dans la même description : en argumentera-t-on contre nous? Je répondrai en demandant si la spécificité avérée de certaines de ces affections date de bien loin, si l'on décrit le sarcocèle syphilitique avant A. Cowper. De ce que Celse est aussi incomplet sur les affections vénériennes que sur les maladies les plus vulgaires, on n'est donc point en droit de conclure que ces affections n'ont pas existé de son temps. Galien trace nettement l'histoire de la contagion de la blennorrhagie. Avicenne décrit des ulcérations *extérieures* et *intérieures* de la verge; mais, n'appréciant pas la cause spécifique, le mode de transmission de ces accidents, il confond, comme ses prédécesseurs, tous ces symptômes significatifs avec les produits de l'inflammation simple. Si des Arabes nous passons aux arabistes, nous voyons Guillaume de Salicet (1270), Lanfranc (1290), Bernard Gordon (1300), très clairs et très explicites sur les conséquences du coït avec des femmes immondes, sordides, affectées d'écoulements sanieux, *virulentes* (le mot virulence pris dans le sens d'âcreté); ils signalent des apostèmes inguinaux (bubons); et comme accidents généraux, la lèpre. Enfin Guillaume Beckett, chirurgien de Londres, qui nous fait connaître les règlements des *maisons de prostituées* de Winchester (1), présente l'histoire d'accidents vénériens de toute nature; et cela bien avant l'épidémie du XVe siècle.

Disons donc, appuyés sur une interprétation plus saine des auteurs anciens, qu'ils connurent les accidents syphilitiques, mais qu'ils en ignorèrent les spécificités et la conséquence au point de vue de l'infection constitutionnelle. Tout nous porte à croire que les symptômes de cette dernière étaient confondus dans ce chaos nommé lèpre qui a disparu, non sous l'influence de conditions hygiéniques meilleures, mais parce qu'on a fait mieux la part de chaque chose. Le feu persan, les épidémies de lichen (Hippocrate), la mentagre, réunissaient confusément les affections cutanées les plus disparates, et parmi elles les manifestations de la syphilis constitutionnelle. Répugnera-t-il d'admettre à une époque de décadence ces erreurs de diagnostic, quand de nos jours la dermatologie est encore si peu avancée que les spécialistes hésitent et ne peuvent s'entendre sur les caractères d'affections pourtant communes? Qui nous dit d'ailleurs qu'il n'était pas plus difficile qu'aujourd'hui de reconnaître la filiation des accidents syphilitiques consécutifs? que, sous l'influence de conditions hygiéniques, idiosyncrasiques différentes, en raison d'une moindre intensité dans la cause spécifique, ces accidents n'étaient pas tellement retardés dans leur évolution qu'il devînt impossible de remonter à leur origine?... A ceux qui disent que les accidents les plus caractéristiques ont manqué, les ulcérations de la gorge par exemple, je pourrais demander si cet accident est obligé? et, cela étant, s'il n'a pu manquer par l'absence des causes accessoires qui le déterminent. Mais Avicenne, Arétée en parlent, ce dernier l'appelant mal de gorge égyptien et le croyant propre aux jeunes gens. Celse, à propos des maladies de la gorge, en fait mention comme d'une affection à part et qu'il ne peut rapprocher d'aucune autre. Quelques nouvelles preuves à l'appui de notre doctrine se présenteront naturellement dans la discussion de la nature et de l'origine de l'épidémie du XVe siècle.

---

(1) Ces règlements punissaient de 100 shellings d'amende, somme considérable pour ce temps-là, toute femme malade et se livrant encore à son métier.

Seconde période. Cette épidémie, frappant vingt peuples à la fois, vint présenter la syphilis sous une nouvelle face; ce qu'elle eut de plus saillant à cette époque, ce fut l'évolution des symptômes secondaires sous la forme pustuleuse, se produisant avec une intensité et une rapidité inconnues jusque-là, et telles que les accidents primitifs pouvaient passer inaperçus. Cette épidémie si générale fut-elle pour tous les contemporains une affection nouvelle? Non. *Elie de Capréole* y voit une dégénérescence ou une exagération de l'éléphantiasis; *Gilinus* une modification du feu persan; *Montesorus* une affection analogue à l'épidémie de lichen d'Hippocrate; d'autres une mentagre épidémique, etc. Enfin, sous des traits particuliers, chacun retrouvait les caractères d'affections déjà connues; et de ces dissemblances de formes je ne crois pas qu'on puisse conclure à la nouveauté du fond, à moins qu'on ne veuille admettre que l'épidémie du XVe siècle, qui diffère de la syphilis actuelle plus peut-être que de celle des anciens, n'était pas elle-même d'essence syphilitique. Nous arriverons jusqu'à Fernel avant de trouver dans les auteurs une saine appréciation des causes, du mode de transmission, de la solidarité des accidents de la syphilis. Nous avons signalé déjà des croyances ridicules qui avaient cours encore à l'époque dont nous parlons; quelques auteurs moins mystiques voient dans la syphilis une expansion de la peste marranique qui éclata en France et en Italie sur les Juifs chassés d'Espagne (1492) et en proie à toutes les horreurs de la misère. Oviedo et d'autres contemporains de l'épidémie, contredits au reste par Sanchez, l'attribuent à une importation d'Amérique faite par les Espagnols revenant de la conquête du Nouveau-Monde. Les citations ne manquent pas à l'appui de cette doctrine qui compte de nombreux partisans; mais une meilleure appréciation des motifs à l'appui détruira bientôt tout cet échafaudage. Je me demande comment ce précieux germe de la maladie, l'accident primitif développé sur quelques hommes de la petite flotte de Christophe Colomb, se conserve inoculable pendant toute la traversée et au delà; et, en admettant ici la coïncidence heureuse de tant de faits exceptionnels, comment le virus, apporté d'abord dans les ports d'Espagne, les épargne pour n'éclater que sur Naples; comment il atteint, *seulement quand ils ne sont plus en Italie,* les Français qui seraient allés l'y chercher; comment enfin ce mal, si restreint à l'origine, devient tout d'un coup si grand qu'il couvre presque un continent! Les guerres qui désolaient alors certaines contrées ne suffisent pas à expliquer cette transmission rapide, qu'on les considère au point de vue de leurs conséquences hygiéniques ou des grandes migrations qu'elle déterminaient. Cette hypothèse de l'importation, si mal étayée, fut dictée à Oviedo par le besoin de couvrir d'un prétexte spécieux les cruautés des Espagnols dans le Nouveau-Monde. Entraîné dans un sens opposé par des préoccupations analogues, Sanchez combattit à son tour cette hypothèse pour laver ses compatriotes du reproche d'introduction de la terrible épidémie qui sévissait alors. Des préoccupations politiques semblables aveuglaient la plupart des écrivains de cette époque. Quant au mode de transmission, rien de plus vague; l'air commun, le souffle de la parole, à distance, à travers la grille d'un confessionnal ou d'un cloître, le contact d'un objet quelconque touché par un vérolé, suffisaient pour infecter! Sans ces idées comment admettre que quelques hommes eussent en un instant propagé la maladie dans toute l'Europe? La symptomatologie, aussi confuse, n'accordait le plus souvent aucune importance aux symptômes du côté des organes génitaux. Enfin le traitement était inconnu, et par suite les conséquences étaient presque toutes graves.

Les partisans de l'hypothèse de l'importation, adversaires naturels de l'antiquité de la syphilis, sont tombés quelquefois dans d'étranges contradictions. Ce que vous prenez dans les auteurs anciens pour des accidents spécifiques guérissait sans mercure; donc ces accidents n'étaient pas syphilitiques. Mais tout d'abord nous leur contestons ces guérisons sûres et faciles; à chaque pas, dans les descriptions des maladies des parties génitales, s'offrent des exemples d'ulcères rongeants, s'étendant des régions inguinales au pourtour de l'anus (*ulcera pudendi et circa sedem*, P. Æginus), et dans lesquels on reconnaît notre ulcère phagédénique. D'un autre côté, ne voyons-nous pas presque tous les accidents syphilitiques primitifs guéris sans mercure? En usait-on en Amérique, où, du consentement de nos adversaires, la vérole exista de toute antiquité? On s'y guérissait, disent-ils, avec du bois de gayac... Il avait sans doute alors plus de vertu qu'aujourd'hui. Quant aux accidents constitutionnels, à quelle époque dirigea-t-on contre eux le mercure? Seulement, quand ces accidents furent distingués des autres affections cutanées, après l'épidémie du XVe siècle, l'analogie conduisit à cette application d'un remède énergique les médecins qui, bien avant l'épidémie, alors que la distinction dont nous parlons n'était pas faite, traitaient par le mercure les *affections cutanées graves*; mais, parmi ces dernières, que guérit aujourd'hui le mercure? celles-là seulement qui dérivent de l'infection syphilitique; contre les autres il est impuissant: la conclusion est facile. L'empirisme a tout fait alors; et de nos jours il vient de nous suggérer l'usage de l'iodure de potassium contre les accidents tertiaires qui ne cèdent qu'à lui.

Pour nous donc, qui admettons l'ancienneté de la syphilis, cette dernière prend seulement au XVe siècle une physionomie et une activité nouvelles sous l'influence de conditions diverses qui la mettent en relief, la dessinent mieux sous toutes ses faces en lui imprimant un caractère inconnu et qu'elle a perdu depuis. De ces conditions, de ces éléments d'expansion, les uns interviennent comme cause prédisposante aux maladies vénériennes, les autres

comme complication. Des accidents syphilitiques, se développant largement sans entraves pendant des siècles, rentrent dans le premier ordre de causes, ainsi que les grandes guerres de l'époque par la licence effrénée qui les accompagne; comme complication sont survenus la lèpre et le typhus, sévissant plus que jamais sur des populations décimées, appauvries, dispersées; peut-être, s'il faut dire toute notre pensée, peut-être un élément terrible, qui échappa longtemps à l'observation, le farcin, est-il venu se joindre à ceux-là; connu seulement d'hier, j'en conviens, il devait pourtant se manifester avec une bien autre violence sur des hommes couchant pêle-mêle avec leurs bêtes de somme. Quoi qu'il en soit de cette vue qui m'est personnelle, les effets de l'intervention des éléments précités sont aussi faciles à comprendre que les modifications subies chaque jour sous nos yeux par la syphilis en présence du scorbut et de la scrofule. Certaines formes importantes qui survivent à cette fusion, et surtout le mode le plus usuel de propagation, le contact par le coït, relient l'épidémie du XVe siècle au passé de la syphilis et à ce qu'elle est de nos jours; mais des différences tellement tranchées séparent ces trois époques, qu'il faut nécessairement admettre que l'épidémie ne fut pas composée de toutes pièces de symptômes vénériens. La croyance opposée, vivement soutenue par Astruc, le fit tomber dans une erreur facile à prévoir : appliquant à son épidémie syphilitique ce qui est vrai des épidémies en général, il nous prédit la marche décroissante du fléau et son extinction après un certain temps. Puisse-t-il dire vrai! Mais il nous est donné de constater tous les jours dans cette enceinte que si les accidents syphilitiques perdent en intensité, ils augmentent au contraire en nombre. Est-ce la virulence de la cause qui diminue? elle reste la même, suivant nous; car, portée sur *bon terrain*, nous le voyons *fructifier* et reproduire ces accidents si énergiquement décrits par les auteurs du XVe siècle. Il ne faut pour cela que des idiosyncrasies analogues à celles qui subirent l'épidémie. A l'appui de notre dire, nous citerons un exemple pris actuellement dans notre service (n° 14, salle 4) et présentant à un haut degré tous les symptômes du *morbus pustularum*, éruption vésiculo-pustuleuse, large, douloureuse, à croûte noire et crevassée, soulevée par un bourrelet rouge et luisant, avec réaction fébrile intense, etc. Nous admettrons donc seulement que les occasions de se manifester se présentent moins souvent de nos jours au virus, sous l'influence de conditions hygiéniques et idiosyncrasiques meilleures, et surtout de moyens de traitement mieux entendus et appliqués à temps.

A l'époque où nous sommes arrivés, l'épidémie, rassemblant les éléments des maladies vénériennes disséminés, les met tous sous l'œil de l'observateur; dès lors l'histoire de la syphilis est constituée, nous assistons à sa *naissance scientifique*. Alex. Benedictus établit le premier la nécessité d'une cause spécifique, *teinture* ou *essence vénérienne*; idée entrevue déjà par Pline second (*virus vitale et genitale*) et par l'école humoriste datant de Galien, qui voyait dans les organes génitaux des émonctoires du foie, etc. Cette découverte d'une cause spécifique que Benedictus considère comme la conséquence d'une altération des humeurs de la femme, se formant de toutes pièces, spontanément, dans le vagin, et transmettant la maladie à ceux qui approchent cette femme, est certainement un grand pas et prépare pour ainsi dire l'époque de Fernel.

Troisième époque. A Fernel (1556) la gloire d'avoir fixé ce point de la science de telle façon que trois siècles ont apporté peu de chose à son ouvrage! L'épidémie s'éteignant, les éléments étrangers à la syphilis disparaissent, et Fernel la voit sortir du chaos, pure de tout mélange. Dégagé de toute vaine théorie, il établit la nécessité d'une cause spécifique transmise de l'individu malade à l'individu sain, d'une contagion passant de l'un à l'autre par les différents modes de contact, mais surtout par le coït; et, comme conséquence, un accident primitif, manifestation locale de la présence du virus, infectant de là l'économie entière. Cause spécifique, transmission par contact, accidents primitifs, symptômes d'infection constitutionnelle, tout est tracé de main de maître.

A cette période et dans les suivantes un accident important eut peine à trouver place dans les cadres nosologiques : la blennorrhagie, tour à tour considérée comme virulente et non virulente, se vit tour à tour classée parmi les accidents primitifs et rejetée de leur ordre. Ces oscillations sont explicables à une époque où l'expérimentation était encore inconnue; mais on ne comprend pas qu'Astruc, avec d'autres auteurs, ait voulu, malgré les preuves de l'antique origine de la blennorrhagie, en faire une nouvelle venue, une dépendance de l'épidémie du XVe siècle, et qu'il en rapporte la première description à Fallope (1560), qui à la vérité décrivit particulièrement une espèce de blennorrhagie rattachée par lui au *mal français*. A cette dernière opinion nous opposerons, outre les preuves déjà données, qu'à toutes les époques et à travers les mille formes de l'épidémie, on parle de la blennorrhagie comme d'une chose ordinaire, très connue : les symptômes mêmes que donne Fallope de ce mal, *nouveau* suivant lui, ne diffèrent en rien de ce qu'on lit dans ses prédécesseurs : l'*ardeur d'urine* était signalée depuis longtemps. Cependant, à dater de Fallope, on admit une espèce particulière de blennorrhagie, de cause et de nature spécifiques, et qui ne cédait qu'à un traitement spécial; idée émise déjà par Ferrier quelques années auparavant (1553). La blennorrhagie, placée ainsi dans le cadre tracé par Fernel, y resta sans conteste jusqu'à ce que Balfour, Duncan, Tood, l'en expulsassent sous prétexte de non-virulence. Un peu plus tard, Benja-

min Bell et Hernandès, voulant voir dans la blennorrhagie la manifestation d'une cause spécifique et *sui generis*, qu'ils appellent virus blennorrhagique, en font un être à part. Ballottée entre ces trois systèmes, la blennorrhagie est arrivée jusqu'à M. Baumès pour se voir rapportée par lui à l'action d'un demi-virus syphilitique. Nous y reviendrons.

Hunter, qui apparaît en 1786, ne vient pas précisément en rénovateur, mais il amplifie, élucide, complète Fernel : plus philosophe et plus pratique à la fois, il précise la cause spécifique à laquelle il donne le nom de *virus* ou *poison morbide*, pour le distinguer des autres poisons animaux, végétaux ou minéraux; il cherche à faire la part des accidents voisins de la vérole et de ceux qui la constituent réellement, d'où une *syphilis vraie* et une *pseudo-syphilis*; en proclamant la nécessité de la cause matérielle, il montre que les accidents primitifs peuvent rester locaux ou être le point de départ d'une infection constitutionnelle; et consécutivement encore à ces accidents, à côté de l'empoisonnement général, il signale des phénomènes sympathiques. Hunter divise en outre les accidents d'infection générale en secondaires et tertiaires, et, bien qu'il n'établisse pas entre ces deux ordres une délimitation, impossible alors, faute d'aliments, voilà la doctrine syphilitique établie complètement comme *fond*.

Une phase nouvelle est marquée par les tentatives de l'ingénieux Carmichael; dotée successivement d'un virus (Benedictus), puis de deux (B. Bell), la syphilis en compte quatre, suivant notre auteur, d'où quatre espèces d'accidents demandant chacun un traitement spécial. Carmichael ne considère comme symptôme de la syphilis vraie que le chancre hunterien et la syphilide squameuse, et à ceux-là seuls il administre le mercure.

Mais tout-à-coup (1811) la syphilis, un moment si riche, se voit dépouillée de sa virulence presque mise en doute : un ouvrage anonyme attribué à Caron vient faire table rase des doctrines de Carmichael, Hunter, Fernel, Benedictus, et proclamer la *non-existence du virus syphilitique*; Jourdan, Richond des Brus, Guthrie, Rose, Mac-Grégor, etc., et tant d'autres, suivent ce mouvement dans lequel chaque pays, pour ainsi dire, a son représentant. La doctrine physiologique, sortant tout armée de la tête de Broussais, Danton de cette révolution médicale, décide la débâcle; mais, avec des préjugés qui étouffaient des efforts rénovateurs, s'écroulent aussi les admirables travaux de nos maîtres : plus de caractères, plus de traitements spéciaux; jusqu'au nom de *virus*, tout dans l'ancienne doctrine fait horreur aux physiologistes qui, pressés pourtant par la logique des faits, reconnaissent dans les maladies vénériennes, Broussais, tout le premier, une cause *spéciale*, des effets en dehors de tous les effets connus, *particuliers*, et dans *certains* cas la nécessité d'un *modificateur* également *spécial!* Mais, chose étrange! conséquence inévitable d'une doctrine subversive, ces adversaires acharnés de la virulence, de la spécificité de la vérole, prodiguent le spécifique énergique qu'ils nous font un crime d'appliquer dans quelques cas bien définis; ils nous en interdisaient l'usage, et ils l'administrent eux-mêmes sans discernement de cause à toute affection cutanée qui leur résiste!

Nous touchons à une époque qui mérite le nom de *restauration médicale*, et tout entière dans le domaine de l'actualité; aussi voulons-nous, avant d'aborder cette partie de notre travail, bien définir l'état de notre science pour le plus grand nombre, et nous prémunir à l'avance par quelques considérations générales contre ces écueils dont est semée la route que nous devons parcourir (1).

On peut dire d'une manière générale que pour la majorité des médecins, pour les corps enseignants, pour les sociétés savantes, les maladies vénériennes ne constituent qu'un groupe confus d'accidents d'une même espèce; la spécificité de tout symptôme, sans régularité de filiation, la nécessité absolue du mercure, sont des articles de foi. Doctrine commode, réduite à trois idées, très facile à loger dans la mémoire la plus rebelle, mais insoutenable dans un siècle dont le génie scrutateur éclaire tour à tour par l'observation et l'expérimentation toutes les branches de la science médicale! L'anatomie pathologique, née d'hier, a déjà fait des miracles; armée du microscope, elle étend chaque jour son domaine et va devenir un élément du diagnostic; le stéthoscope est à l'affût du moindre bruit éveillé dans notre organisme; la percussion, utilisée par des mains habiles, a pu faire dire à son ardent défenseur, paraphrasant le mot d'un grand roi : *Il n'y a plus de parois thoraciques!* Et nous serions restés stationnaires! Le seul moyen de sortir de l'ornière, c'était d'observer bien et beaucoup, d'expérimenter dans les limites permises par les convenances et l'humanité.

Les observations faites avant nous nous serviront-elles? oui; mais moyennant contrôle. Que ces observations sortent ou non de la bouche du maître, il importe avant tout de les vérifier par l'observation directe et personnelle; un vaste champ clinique vous est ouvert; allez-y contrôler mes idées, et n'admettez rien *à priori* sans conviction. J'attends, j'appelle la discussion; car sans elle point de science. Il n'y a donc pour nous aucune autorité absolue, quelle qu'elle soit, aucune que celle des faits; aussi citerons-nous fort peu les auteurs,

(1) Personne, aujourd'hui, ne peut avoir le puéril scrupule d'isoler la maladie vénérienne des autres affections de l'organisme, de regarder comme indignes ceux qui en sont frappés, ceux qui se livrent à son étude. Mais que personne non plus n'aille chercher dans les détails où nous allons être obligés d'entrer l'aliment d'une curiosité coupable, le motif de répugnances déplacées : pour nous, l'importance du sujet nous justifie à l'avance de tout ce qu'il faudra dire.

beaucoup la nature, la maladie. Mais l'observation, fondement de toute doctrine, fille complaisante de celui qui la recueille, est une terre glaise préparée pour la statuaire, et garde trop souvent l'empreinte des idées préconçues de son auteur. Donc : 1° en usant des observations d'autrui, ne perdons pas de vue que les faits qu'elles reproduisent sont vus quelquefois à travers un prisme qui les altère plus ou moins; ne les comptons pas, pesons-les; 2° en observant pour notre compte personnel, sachons nous isoler de toute prévention, sachons voir en un mot, et laissons parler les faits sans leur imposer nos idées préconçues.

Nous nous efforcerons de formuler des règles générales, des lois; et, pour nous élever à chacune d'elles, nous nous appuierons sur un nombre imposant de faits univoques, négligeant les faits exceptionnels et qui, se prêtant à toutes les explications, sont également incapables de conduire à une conclusion particulière ou d'infirmer la règle générale; nous tiendrons compte au contraire de ces exceptions bien dessinées qui ne peuvent recevoir qu'une seule explication : aucun fait bien observé ne devant rester stérile dans notre école d'observation.

Mais, pour arriver à poser ces lois générales, nous avons à nous méfier de bien des causes d'erreur : elles sont nombreuses en ces matières où il est facile de se tromper, et où l'on est sans cesse exposé à être trompé. Que d'auteurs, en entrant en matière, signalent ce perpétuel danger! Mais, oubliant bientôt dans leurs actes cette sagesse dont ils font étalage, ils substituent sans hésitation l'assertion d'un malade à l'autorité des *faits*. Qu'importe que l'observation ait montré le contraire? on accepte sans contrôle le diagnostic de la maladie porté par le malade lui-même, et là-dessus on formule une opinion nouvelle. Si nous n'évitons ces erreurs, il n'y a pas d'histoire de la syphilis; la connaissance de la valeur des causes, de la marche et de la filiation des symptômes, est impossible si l'on n'apprécie d'abord le mode d'origine, la source des accidents; presque tous ont voulu la voir dans la femme, admettant la *femme gâtée* de Petronius, sans nécessité de relations antérieures. Quels sont les signes pathognomoniques de cet état inconnu? Pour nous, partout où il y a vérole, nous concluons à des rapports antérieurs, sans nous préoccuper du point où cette chaîne non interrompue nous ferait remonter. Dans cette conviction, toute femme pourra donc être suspectée? Oui; car des considérations bonnes en morale, respectables dans le monde, n'ont point cours dans la science. Rien de plus délicat, de plus ardu que cette partie de mon travail; rien de plus important que les préceptes qui vont suivre. Dans l'*exercice* de cette branche de l'art, nous devons avoir toujours la morale en vue; en matières si délicates, toute légèreté est grave, toute indiscrétion terrible. Forcés à une circonspection, à une retenue extrêmes, respectons partout les usages établis, les principes religieux, les craintes de la pudeur; mais, en matières scientifiques, sachons nous isoler de tout cela, et trouver la vérité sous ces voiles dont l'hypocrisie et l'adresse se couvrent trop souvent. Cela bien entendu, nous entrons plus tranquille dans cet examen du point de départ de l'infection, si intéressant à tous égards.

ED. COURTIN,
Élève interne à l'hôpital du Midi.

(La suite au prochain numéro.)

Ophthalmologie.

V. Pupilles artificielles pratiquées sur un aveugle. — Guérison.

Mauthé (Victor), âgé de dix-huit ans, né à Bellesme, demeurant au Petit-Charonne, route de Saint-Mandé, n° 5, est devenu aveugle des deux yeux à la suite de l'explosion d'une mine. Le visage de ce jeune homme est criblé de grains de poudre; des cicatrices se remarquent sur les paupières qu'il ne soulève qu'avec une extrême difficulté; la gauche surtout est plus abaissée que l'autre et présente encore des traces de gonflement; la conjonctive est parsemée aussi, dans toute sa surface, de taches bleuâtres élevées, semblables à celles de la face et dues à la même cause.

Conjonctives. OEil gauche. — Indépendamment des nombreux grains de poudre qu'on remarque dans l'épaisseur de la conjonctive, il y a de gros vaisseaux qui rampent dans cette membrane et dont la présence doit être rapportée à ces corps étrangers. La partie supérieure de la muqueuse, à partir de la circonférence de la cornée, est épaissie et adhérente à la conjonctive tarséenne, circonstance qui limite les mouvements de la paupière et la maintient un peu abaissée. Ce symblépharon s'étend assez loin dans le cul-de-sac conjonctival.

OEil droit. — Les grains de poudre de ce côté sont un peu moins nombreux que de l'autre; la rougeur est moins grande; cependant on voit de très nombreuses cicatrices des déchirures produites par l'explosion.

Cornées. — La moitié supérieure des deux cornées est entièrement opaque et parcourue de gros vaisseaux; des taches superficielles isolées ne laissent de transparent en réalité sur cette membrane qu'environ le quart de sa surface vers la partie inférieure. La cornée droite, à quelques différences insignifiantes près, est dans les mêmes conditions que la gauche, sauf que celle-ci présente des grains de poudre qui entretiennent une inflammation plus forte.

Pupille. — La gauche est complètement oblitérée par des fausses membranes grisâtres, assez légères d'ailleurs. L'iris, vu à travers la

partie saine de la cornée, ne présente pas d'altération notable. A droite, il y a des fausses membranes semblables, sauf dans un seul point, extrêmement petit, où la marge pupillaire est libre. L'iris n'est point décoloré non plus de ce côté.

Vision. — Elle est nulle absolument à gauche ; le malade n'a conservé de ce côté que la sensation de la lumière. Du côté droit, il compte à grand'peine les doigts de sa main, ne reconnaît aucun objet, et ne peut se conduire seul, même dans un appartement.

L'indication chirurgicale, dans ce cas particulier, était très précise : la pupille artificielle seule pouvait rendre la vue à ce jeune aveugle. Pour pratiquer cette opération dans les meilleures conditions, les grains de poudre les plus saillants et qui paraissaient entretenir le plus d'irritation furent extraits avec la pointe d'un couteau à cataracte. Des lotions astringentes sur les yeux, des purgatifs, un régime convenable, furent prescrits ; le malade fut admis à ma clinique le 18 avril 1845, et opéré le lendemain, sur l'œil gauche seulement. Je me proposais d'opérer l'œil droit plus tard, après la guérison du gauche. *L'excision* me parut devoir être choisie de préférence au *décollement* ; j'espérais que la transparence de la lentille pourrait être conservée, que la capsule serait facilement évitée par les instruments.

Le 19 avril, l'opération est faite de la manière suivante : le malade étant couché sur un lit, la tête un peu renversée en arrière, la paupière supérieure est relevée autant que le permet l'adhérence au globe, et celui-ci fixé au moyen d'une pince appliquée sur la conjonctive. Un couteau lancéolaire de Beer, plongé à un millimètre et demi environ de la cornée dans la sclérotique, qu'il traverse en biseau, passe en avant des attaches de l'iris et arrive ainsi dans la chambre antérieure par une ouverture de cinq à six millimètres. L'humeur aqueuse s'échappe, l'iris et la cornée se mettent en contact immédiat, et alors une pince courbe à dents de souris très fines remplace le couteau dans la chambre antérieure et saisit l'iris qu'elle entraîne aisément au dehors, les fausses membranes ayant cédé sans aucune difficulté. L'iris est excisé ras sur les lèvres de la plaie faite à la sclérotique ; il n'y a point de sang dans la chambre antérieure où l'on voit aussitôt une large pupille artificielle qui permet au malade de distinguer sur-le-champ les objets qu'on lui présente.

Le pansement est très simple : les paupières sont réunies des deux côtés par des bandelettes de taffetas d'Angleterre, et de l'eau glacée est appliquée sur l'œil. Le lendemain il y avait, autour de la plaie seulement, une rougeur légère qui disparut après quelques jours, et le 26 avril, septième jour après l'opération, le malade sortit guéri et reprit tout aussitôt ses travaux d'ouvrier terrassier.

La vision de l'œil opéré s'étant améliorée au point de permettre la lecture, le malade vient me demander l'opération pour l'œil droit le 8 octobre suivant, et le 14 de ce même mois je la pratique de la même manière et j'obtiens un résultat aussi satisfaisant.

Je revois Mauthé six mois après la seconde opération : ses yeux sont dans l'état le plus satisfaisant ; les deux pupilles ont conservé leur largeur et leur netteté ; la vision s'accomplit des deux côtés à la fois, et je n'ai point remarqué qu'il y ait eu de diplopie, accident que j'avais quelque raison de craindre à cause du symblépharon de l'œil gauche. Je ne terminerai pas sans faire remarquer combien il est avantageux de ponctionner la sclérotique de préférence à la cornée. On y trouve le double avantage que la réunion de la plaie se fait sans qu'on ait à craindre de suppuration et que la cornée n'ayant point été blessée ne perd rien de sa transparence dans un endroit où il est si indispensable qu'elle la conserve après l'opération de pupille artificielle. C'est sur les indications que m'en a données par correspondance M. le docteur Guépin, professeur de l'École de Nantes, que j'ai pratiqué la ponction par la sclérotique, et je suis heureux de pouvoir l'en remercier publiquement, car depuis moins de dix mois j'ai opéré seize individus par ce procédé, quelques-uns sur les deux yeux, et je n'ai eu que trois insuccès, presque tous prévus à cause des mauvaises conditions que présentaient les malades.

Les résultats obtenus par le procédé de Beer ont été comparativement beaucoup moins satisfaisants par suite des taches qui sont restées sur les cornées, et aussi parce que les pupilles artificielles pratiquées par ce procédé sont en général moins larges.

Docteur DESMARRES.

Philosophie médicale.

VI. Des hallucinations, ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme ; par le docteur A. BRIERRE DE BOISMONT, directeur d'un établissement d'aliénés, chevalier des ordres de la Légion-d'Honneur et du Mérite militaire de Pologne, lauréat de l'Institut, etc. (1).

Du hachisch et de l'aliénation mentale, études psychologiques ; par le docteur J. MOREAU (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre, etc. (2).

Le champ de la science de l'homme est si vaste, que ceux qui le cultivent ont été poussés de plus en plus à se partager le travail, afin de donner plus d'étendue et plus de précision à la fois à leurs recherches. Rien de plus naturel, rien de plus heureux, à certaines conditions toutefois. Dans cette science, plus que dans toute autre, la hiérarchie des faits physiologiques veut être religieusement observée : là,

(1) 1 vol. in-8°, 1845. Chez Germer-Baillière.
(2) 1 vol. in-8°, 1845. Chez Fortin, Masson et compagnie.

plus que partout ailleurs, nous devons incessamment proclamer et maintenir ce principe de toute bonne philosophie, à savoir, qu'un ordre de faits inférieurs ne peut jamais détruire un ordre de faits supérieurs. Si, dans ses études, quelque consciencieuses, quelque belles même qu'elles soient, un savant arrive jamais à un résultat de ce genre, sa science ne vaut rien, elle est à recommencer. — Voulez-vous donc arrêter la science dans son élan et dans son progrès ?—Non, je ne veux point arrêter la science, Dieu m'en garde! Mais un savant n'est point la science, et une partie de la science n'est point la science entière. Les différentes parties de la science de l'homme doivent vivre en paix et en harmonie, dans une hiérarchie naturelle : et un système de physiologie qui renverserait la morale universelle devrait être repoussé, à l'égal de celui qui conclurait à ce que l'homme peut se nourrir de cailloux, à l'égal d'un système d'économie sociale qui conduirait l'homme à égorger son père dans sa vieillesse, ou à étouffer ses enfants dans leur germe!

Il y aura donc deux genres de savants physiologistes :

Ceux qui respecteront les données supérieures de la science de l'homme; qui, avant tout, regarderont l'homme comme un être intelligent et libre, moral et social, et qui, dans leurs recherches les plus hardies, ne croiront jamais pouvoir faire abstraction de ce qui constitue la beauté et la dignité de la vie humaine, semblables au navigateur dont l'ardeur et le courage sont soutenus et poussés par l'assurance de sa boussole, ou bien encore à l'agriculteur qui, fouillant la terre de ses mains laborieuses, ne songe pas un instant à supprimer la chaleur et la lumière.

D'autres physiologistes, au contraire, sous prétexte de recherches scientifiques, ne respecteront rien, confondront tous les ordres d'idées, se croiront indépendants quand ils ne seront qu'étourdis, nieront tout ce qu'ils ne connaissent pas, n'ajoutant foi qu'à ce qu'ils auront vu, senti, palpé, comme si le terme de leurs sensations était le terme de la raison humaine. Faust, dans son cabinet, entouré de tous ses instruments de travail, cherchant le problème de la vie humaine, s'arrête un instant effrayé devant ses livres et ses machines, qui, dit-il, ricanent et se moquent de lui. Ah! si les physiologistes dont je parle avaient un peu plus de profondeur et de réflexion, ne verraient-ils pas aussi que la science se moque d'eux, parce qu'ils lui demandent ce qu'elle ne peut leur donner?

Je suis moins loin de mon sujet que je ne le parais peut-être. Dans ces dernières années, les médecins qui s'occupent d'aliénation mentale ont attaqué d'une singulière façon les questions philosophiques et sociales : l'un voulait que les criminels ne fussent que des fous, et demandait qu'ils comparussent non plus devant la justice, mais devant l'Académie; l'autre, ne voyant dans les mauvais penchants et dans les mauvaises actions que des prédominances diverses de telles et telles portions de la substance cérébrale, réclama en faveur des médecins phrénologistes le monopole de l'éducation morale et professionnelle, et nous avons eu, je crois, après l'orthopédie, l'orthophrénie ; celui-ci, frappé de la grande variété des phénomènes intellectuels et de la toute-puissance des influences qui agissent sur chaque individu, arrivait à cet étrange résultat qu'il n'y a point de lois pour l'intelligence humaine,—par la même raison qu'il n'y a point de lois pour la végétation dans la nature, puisqu'il n'y a pas deux feuilles d'arbre qui se ressemblent complètement; celui-là, ayant particulièrement étudié les hallucinations chez les aliénés et cousu à cette étude quelques recherches superficielles et grossières faites dans l'histoire, trouvait que plusieurs personnages illustres avaient eu des hallucinations, et par conséquent étaient fous. Là-dessus, on ne tarda pas à découvrir qu'un nombre de grands hommes avaient été fous : et la vertu, les actions saintes et les bienfaits envers la patrie et l'humanité ne furent pas plus épargnés que le génie. Cette doctrine étroite, partielle (*einseitig*), rapetissait tout à sa taille : philosophie, religion, tradition, sens commun, tout passa sous les fourches caudines de cette physiologie pseudo-philosophique.

Il est facile de voir comment de semblables préjugés naissent dans des esprits d'ailleurs distingués: la concentration dans sa propre observation, dans ses propres idées, fait oublier le reste, et les différents éléments de la science de l'homme restent confondus, sans coordination des uns aux autres.

Dans le livre qu'il vient de publier sur les hallucinations, M. le docteur Brierre de Boismont a fait preuve d'un esprit élevé et compréhensif, et a traité son sujet avec une remarquable indépendance scientifique. C'est avec cette largeur de vues, avec cette philosophie sérieuse, avec cette conscience de savant intelligent, que nous voudrions voir examiner et résoudre, autant qu'il se peut, les différentes questions relatives à l'aliénation mentale. Il est facile de juger que M. Brierre a beaucoup vu, beaucoup observé, beaucoup étudié les phénomènes d'hallucination. Ceci lui a été une occasion de tracer une excellente histoire des hallucinations soit dans l'aliénation mentale, soit dans d'autres maladies, soit dans quelques circonstances accidentelles plus ou moins déterminées. Il se fût borné à ce premier travail, qu'il eût déjà fait une œuvre utile et noblement accompli sa tâche de médecin observateur! Mais, ainsi qu'il le dit dès la première ligne, il a voulu faire un ouvrage complet; et, en pareille matière, faire un ouvrage complet c'était aborder de graves problèmes philosophiques et religieux. M. Brierre a abordé ces problèmes : disons-le tout de suite, il les a abordés avec autant de courage que de sagacité, et, tout en mettant dans ses solutions la réserve qui est commandée par des questions de cette nature, il a posé hardiment les fondements d'une saine doctrine.

Pour donner une idée de la manière claire, logique, raisonnable, dont M. Brierre explique le phénomène de l'hallucination dans les diverses circonstances de la vie humaine, et dont il lui assigne sa valeur et son rang, nous ne le suivrons pas pied à pied, page à page, mais nous nous attacherons à rendre ce qui nous paraît être l'esprit de sa doctrine et de son discours.

Un médecin, renfermé dans une maison d'aliénés, visitant ses malades le jour, la nuit, à chaque instant le moins attendu, fait les remarques suivantes: que l'hallucination d'un ou de plusieurs sens, ou de tous à la fois, est le phénomène le plus commun, le plus caractéristique de l'aliénation mentale; que c'est là le point de départ le plus ordinaire des différentes formes du délire par les paroles, par les gestes, par les actions; et qu'une attention scrupuleuse fait presque toujours découvrir que les paroles et les actions folles ne se produisent qu'en conséquence d'une hallucination plus ou moins répétée, plus ou moins dominante, plus ou moins profondément gravée dans le malheureux esprit qui en est possédé. Personne ne nie ce que nous venons de dire, personne ne songe à le nier. M. Brierre ne révoque point ce fait en doute, et nous-même avons quelquefois surpris, dans le silence de la nuit, de ces pauvres hallucinés répondant tout bas aux objets de leurs visions ou de leurs auditions imaginaires. L'hallucination, à quelque degré, sous quelque forme que ce soit, semble donc comme le premier signal du déréglement de l'intelligence, la première marque du désaccord survenu entre les perceptions de l'homme et les réalités du monde extérieur.

A présent, ce médecin ouvre les annales de l'humanité, il interroge l'histoire: il y voit qu'un certain nombre d'hommes, illustres par leur travaux intellectuels, par leur action sociale, ont été sujets, soit passagèrement, soit habituellement, à voir se produire en eux des phénomènes semblables à ceux de l'hallucination, c'est-à-dire des sensations vives ne correspondant à aucune représentation extérieure. Eh bien! a-t-il le droit de considérer ces hommes comme dans un état de folie? c'est ce que plusieurs médecins ne craignent pas d'avancer; c'est ce que M. Brierre nie hautement, et avec preuves, dans un fort intéressant et fort ingénieux chapitre intitulé: *Des hallucinations compatibles avec la raison.* Il établit en principe qu'il y a des hallucinations qui existent avec la raison, soit que celle-ci en ait la conscience, soit qu'elle les accepte comme des réalités: dans ce dernier cas, les discours, les actions ne s'écartent en rien de la vie commune la plus raisonnable; l'hallucination est alors un fait accidentel, qui n'a point d'influence fâcheuse sur la conduite.

Ordinairement des circonstances appréciables font naître ce phénomène, telles que l'éclat d'une lumière trop vive frappant trop longtemps nos yeux, l'attention trop longtemps et trop fortement concentrée sur un même objet, la passion et l'imagination puissamment et exclusivement dominées par un sentiment, l'état de faiblesse, la convalescence, la syncope, les prodromes de l'asphyxie. M. Brierre cite un certain nombre de faits, et chacun en connaît et en a observé, dans lesquels l'hallucination produite par ces diverses causes a été un phénomène purement passager et accidentel, sans entraîner aucune conséquence mentale. C'est Newton qui, après avoir fixé le soleil dans une glace, dirige sa vue par hasard sur une partie obscure de l'appartement et voit avec surprise le spectre solaire se montrer peu à peu avec des couleurs aussi vives et aussi brillantes que le soleil lui-même; c'est le célèbre abbé de Rancé qui croit voir en feu une partie de son château, puis l'embrasement disparaître et se changer en un lac de feu au milieu duquel s'élève à demi-corps une femme dévorée par les flammes; c'est Descartes qui, après une longue retraite, est suivi par une personne invisible et engagé par elle à poursuivre la recherche de la vérité. Et pourtant, où trouver des intelligences plus vastes, des raisons plus fermes que celles de Newton, de Descartes, de M. de Rancé?

La surexcitation nerveuse, la fatigue cérébrale, des chagrins prolongés, l'exaltation morale, produisent ces hallucinations accidentelles. Dans tous les cas, ce qui est important pour la juste appréciation des faits dans la pratique médicale comme dans l'étude de l'histoire, c'est de savoir et de se rappeler que ce phénomène est compatible avec l'intégrité de la raison. Un des récits les plus intéressants en ce genre est celui qui a été publié, il y a quelques années, par le libraire Nicolaï, de Berlin, et que nous reproduisons ici: « Pendant les dix derniers mois de l'année 1790, » raconte cet académicien, j'avais eu des chagrins qui m'avaient profondément affecté. » Le docteur Selle, qui avait coutume de me » tirer deux fois du sang par année, avait jugé » convenable de ne pratiquer cette fois qu'une » seule émission sanguine. Le 25 février 1791, » à la suite d'une vive altercation, j'aperçus » tout-à-coup, à la distance de dix pas, une figure de mort; je demandai à ma femme si » elle ne la voyait pas; ma question l'alarma » beaucoup, et elle s'empressa d'envoyer chercher un médecin; l'apparition dura huit » minutes. A quatre heures de l'après-midi, » la même vision se reproduisit; j'étais seul » alors; tourmenté de cet accident, je me rendis à l'appartement de ma femme; la vision » m'y suivit. A six heures, je distinguai plusieurs figures qui n'avaient point de rapport » avec la première.

» Lorsque la première émotion fut passée, » je contemplai les fantômes, les prenant pour » ce qu'ils étaient réellement, les conséquences d'une indisposition. Pénétré de cette » idée, je les observai avec le plus grand soin, » cherchant par quelle association d'idées ces » formes se présentaient à mon imagination; » je ne pus cependant leur trouver de liaison » avec mes occupations, mes pensées et mes » travaux. Le lendemain, la figure de mort

» disparut, mais elle fut remplacée par un » grand nombre d'autres figures, représentant » quelquefois des amis, le plus ordinairement » des étrangers. Les personnes de ma société » intime ne faisaient point partie de ces appa- » ritions, qui étaient presque exclusivement » composées d'individus habitant des lieux » plus ou moins éloignés. J'essayai de repro- » duire à volonté les personnes de ma con- » naissance par une objectivité intense de leur » image; mais, quoique je visse distinctement » dans mon esprit deux ou trois d'entre elles, » je ne pus réussir à rendre extérieure l'image » intérieure, quoique auparavant je les eusse » vues involontairement de cette manière, et » que je les aperçusse de nouveau quelque » temps après lorsque je n'y pensais plus. Ma » disposition d'esprit me permettait de ne pas » confondre ces fausses perceptions avec la » réalité.

» Ces visions étaient aussi claires et aussi dis- » tinctes dans la solitude qu'en compagnie, le » jour que la nuit, dans la rue que dans ma » maison; elles étaient seulement moins fré- » quentes chez les autres. Quand je fermais » les yeux, elles disparaissaient quelquefois, » quoiqu'il y eût des cas où elles fussent visi- » bles; mais, dès que je les ouvrais, elles repa- » raissaient aussitôt. En général ces figures, » qui appartenaient aux deux sexes, semblaient » faire fort peu d'attention les unes aux autres, » et marchaient d'un air affairé comme dans » un marché; par moments cependant on au- » rait dit qu'elles faisaient des affaires ensem- » ble. A différentes reprises, je vis des gens à » cheval, des chiens, des oiseaux. Il n'y avait » rien de particulier dans leurs regards, leurs » tailles, leurs habillements; ces figures sem- » blaient seulement un peu plus pâles que » dans l'état naturel.

» Environ quatre semaines après, le nom- » bre de ces apparitions augmenta: je com- » mençai à les entendre parler; quelquefois » elles conversaient entre elles, le plus ordi- » nairement elles m'adressaient la parole; » leurs discours étaient courts et généralement » agréables. A différentes époques je les pris » pour des amis tendres et sensibles qui cher- » chaient à adoucir mes chagrins.

» Quoique mon esprit et mon corps fussent, » à cette époque, en assez bon état, et que ces » spectres me fussent devenus si familiers qu'ils » ne me causaient plus la moindre inquiétude, » je cherchais cependant à m'en débarrasser » par des remèdes convenables. Il fut décidé » qu'une application de sangsues me serait » faite, ce qui eut effectivement lieu le 20 avril » 1791 à onze heures du matin. Le chirurgien » était seul avec moi; durant l'opération, ma » chambre se remplit de figures humaines de » toute espèce; cette hallucination continua » sans interruption jusqu'à quatre heures » et demie, époque à laquelle ma digestion » commençait. Je m'aperçus que les mouve- » ments de ces fantômes devenaient plus lents. » Bientôt après ils commencèrent à pâlir, » et à sept heures ils avaient pris une teinte » blanche; leurs mouvements étaient peu ra- » pides, quoique leurs formes fussent aussi » distinctes qu'auparavant. Peu à peu ils de- » vinrent plus vaporeux, parurent se confon- » dre avec l'air, tandis que quelques parties » restèrent encore visibles pendant un temps » considérable. A environ huit heures, la » chambre fut entièrement débarrassée de ces » visiteurs fantastiques.

» Depuis cette époque, j'ai cru deux ou trois » fois que ces visions allaient se montrer, » mais rien de semblable n'a eu lieu. »

Je passe les détails que donne M. Brierre de Boismont sur les hallucinations dans la manie, dans la monomanie, dans la démence, dans les maladies fébriles, dans les maladies nerveuses autres que la folie: non que l'intérêt y manque et que le sujet ne soit profondément creusé et largement éclairci; c'est un point de pathologie dont l'étiologie, la symptomatologie, la thérapeutique sont exposées avec tout le soin qu'elles méritent et de la façon ferme et heureuse dont l'auteur sait toucher les choses.

Mais la partie neuve du livre, l'idée-mère, l'idée rayonnante, — à savoir, la valeur psychologique et historique de l'hallucination, — attire à un bien plus haut degré notre attention et notre étude.

Il y a donc pour l'homme, nous l'avons vu, et M. Brierre le prouve surabondamment, des états de santé dans lesquels l'hallucination, — quelle qu'en soit la cause, — se produit sans entraîner aucun diagnostic ou pronostic mental fâcheux, sans que l'intelligence soit altérée le moins du monde. La science qui dit le contraire est une science partielle, étroite, préoccupée, irréfléchie, qui n'a recueilli ses faits que dans les maisons de fous: et alors il n'est pas étonnant qu'elle n'ait vu que des fous. — Mais le passage n'est-il pas glissant de l'hallucination *physiologique* à l'hallucination *morbide*? La distinction de l'une et de l'autre ne peut-elle quelquefois devenir délicate et difficile? — Sans doute; mais cette considération ne détruit point le principe. Le passage n'est-il pas glissant aussi, pour la pauvre humanité, de la raison à la folie, et la distinction entre la raison et la folie n'est-elle pas quelquefois, indépendamment de toute hallucination, délicate et difficile?

Il faut donc regarder le fait des hallucinations *compatibles avec la raison* comme un fait acquis à la science. Pour nous, c'est une conviction fondée autant sur le bon sens et sur l'histoire que sur l'étude des faits scientifiques, et nous voyons avec plaisir aujourd'hui une réaction favorable se faire dans les bons esprits pour la juste appréciation des hommes et des choses de l'histoire. « En admettant, dit M. le » docteur Cerise au sujet du livre de M. Brierre » de Boismont, les hallucinations de certains » personnages célèbres comme étant vraies, » s'ensuit-il qu'elles soient une preuve de folie? » Pour répondre à cette question, il faut se » placer sur le théâtre de la raison humaine, » et prendre son point de départ dans les tra-

» ditions historiques. C'est ce que ne font pas » les médecins qui se placent sur le théâtre de » l'aliénation mentale et qui, comme le leur » reproche Müller relativement aux halluci- » nations, prennent pour point de départ le » délire de leurs malades. Leur position spé- » ciale exerce sur eux une irrésistible influence » qui les tyrannise et subjugue leur juge- » ment (1). »

Qui donc n'a pas éprouvé, en concentrant sa pensée, sa sensibilité, son imagination sur une chose ou sur une personne, que cette chose ou cette personne prend pour ainsi dire un corps et devient présente aux yeux de notre esprit? L'imagination, dont les hommes froids et sceptiques se moquent aujourd'hui, s'est toujours rencontrée comme la compagne des grandes et fortes intelligences, et Pascal dit quelque part que l'esprit d'un grand géomètre ne se peut concevoir sans la faculté d'imaginer, c'est-à-dire de se *représenter* les choses, élevée à une haute puissance. Si à cette concentration de la méditation et de l'imagination devenue habituelle, on ajoute l'enthousiasme, c'est-à-dire l'amour passionné de la vérité ou de ce qui semble la vérité, est-il si difficile de concevoir que la pensée prendra, comme je le disais tout à l'heure, un corps véritable, se fera *voir*, se fera *entendre?* Est-ce que vous croyez que Pascal et Archimède ne *voyaient* pas leurs problèmes résolus? et, quand le dernier de ces deux immortels géomètres parcourait les rues de Syracuse en criant : Je l'ai trouvé! je l'ai trouvé! pensez-vous qu'il était fou? Allez le demander aux Romains dont il brûlait la flotte par la puissance exactement calculée de ses miroirs! Pour moi, je conçois parfaitement, ainsi que M. Brierre, que la méditation continue, qu'une grande et exclusive préoccupation, qu'une émotion puissante, qu'une excitation violente produisent ainsi des hallucinations chez des personnes dont la raison reste parfaitement intacte « L'observa- » tion nous apprend, dit M. Brierre, qu'au » moment de périr, des personnes ont vu se » dérouler devant elles le tableau de leur vie » entière dont elles embrassaient tous les dé- » tails en un instant, vérifiant ainsi ce passage » de l'Ecriture : A l'heure du jugement, toutes » vos actions vous seront retracées dans un clin » d'œil. » — Et Barthez dit dans ses *Nouveaux éléments de la science de l'homme* : « Lorsque » l'organe du *sensorium commune* ne meurt » qu'un certain temps après que la mort a » pénétré dans d'autres parties du corps, n'é- » tant point alors aussi directement frappé par » la dissolution générale ou y participant plus » tard, l'action de cet organe accrue même » par son isolement peut faire que les forces » intellectuelles de l'âme, par une correspon- » dance harmonique, soient singulièrement » excitées et s'élèvent au plus haut degré. » Telle est la cause qui fait que certains hom- » mes ont, aux approches de la mort, une » élévation d'idées et une éloquence qu'ils » n'avaient jamais eues auparavant... Sans » doute c'est alors que des mourants peuvent » prédire l'avenir, autant qu'il peut l'être par » les lumières naturelles (1). » Ainsi, non-seulement dans l'exaltation de la vie, mais dans l'exaltation même de la mort, la puissance de notre esprit, *accrue par l'isolement*, suivant l'admirable expression de Barthez, peut produire des phénomènes en dehors de l'état physiologique ordinaire. C'est alors que Brutus, à la veille de la bataille de Philippes, voit entrer dans sa tente, et se tenir debout près de son lit, un fantôme; que le fantôme lui dit : « *Brutus, je suis ton mauvais génie, et tu me verras bientôt dans les plaines de Philippes;* » et que Brutus lui répond sans se troubler : « *Eh bien! nous t'y verrons!* » Est-ce là la réponse d'un fou, ou celle d'un sublime enthousiaste de la liberté de sa patrie?

On peut donc admettre fort raisonnablement, et on le doit, que chez un certain nombre d'individus à volonté puissante, à pensée forte, à imagination ardente et exaltée, il peut se produire des hallucinations qui ne sont point des hallucinations de fous. M. Brierre revendique donc l'intégrité de la raison pour Brutus, pour Luther, pour saint Ignace de Loyola, pour Jeanne d'Arc! Il faut, en vérité, que la science ait marché quelque temps dans une voie bien fausse, pour qu'une pareille revendication de la part d'un savant soit chose nouvelle et presque singulière.

La loi qui vient d'être établie pour les individus est également vraie, et doit être également admise dans certaines circonstances, pour des collections d'individus. C'est ainsi qu'à l'époque des croisades, temps d'enthousiasme et d'imagination exaltée s'il en fût, une armée, une population a pu croire voir, et voir en effet, dans les airs, des signes sacrés pour l'encourager au combat et la mener à la victoire. Il serait faux d'accuser de folie ces masses d'hommes raisonnables.

Notre honorable confrère sait bien qu'il touche à des questions brûlantes, — celles des visions surnaturelles, des apparitions divines, — il ne craint pas de les aborder, et il a raison. De même qu'il a admis et prouvé la nécessité de la distinction des hallucinations en hallucinations *morbides* (ce sont les plus fréquentes), et en hallucinations *physiologiques* (quoique moins fréquentes, elles sont réelles), de même il admet nettement et franchement l'existence des hallucinations *naturelles* et des *apparitions surnaturelles*. « Une ligne de dé- » marcation bien tranchée, dit-il, doit être » établie entre les apparitions de l'Ecriture » sainte et les hallucinations de l'histoire pro- » fane, et même de beaucoup de personnages » chrétiens. Les premières, dans notre con- » viction, ne s'expliquent que par l'interven- » tion divine, tandis qu'un grand nombre des » autres doivent être rapportées aux croyan-

(1) *Annales médico-psychologiques* (sept. 1845).

(1) Tome II, p. 332.

» ces du temps, à l'état morbide du cerveau. » Quelque contestation qui puisse exister sur tel ou tel cas particulier, cette doctrine générale est la vraie, et comprend toutes les distinctions: elle met en parfaite harmonie l'observation scien ifique, la tradition historique et le respect des croyances sacrées qui ont transformé l'humanité. Nous n'entrerons point ici dans la discussion de cet ordre de faits, discussion extra-médicale, discussion inutile, puisque chacun conclut suivant le point de départ de sa croyance philosophique et religieuse. Disons seulement, en passant, que, dans l'ordre religieux comme dans l'ordre purement physiologique et médical, la distinction entre les visions vraies et les visions fausses repose sur la même base. Dans l'ordre médical, ce qui fait qu'on ne doit pas considérer comme fous certains hallucinés, c'est que leurs hallucinations trouvent une explication naturelle, raisonnable, dans les circonstances de leur vie intellectuelle et sociale, et que d'ailleurs ces personnes ne donnent aucune autre marque de folie. De même dans l'ordre religieux (indépendamment de la question d'autorité et en ne jugeant que les phénomènes), ce qui fait qu'une vision peut être considérée comme surnaturelle et comme digne de créance, ce sont les garanties que présente le sujet, garanties pour lesquelles l'Eglise est aussi sévère que le serait le savant le plus impartial. Ainsi il est exigé que la personne à laquelle surviennent les visions *ne s'en rapporte jamais à elle-même*; que *l'humilité croisse*, en même temps que les visions continuent; que *la vie spirituelle se fortifie*; que la *paix règne intérieurement*; que les *paroles que l'on profère soient en rapport avec le sens commun et avec la saine doctrine*, etc. Eh bien! a-t-on vu des *fous* atteints de visions extatiques, chez lesquels en même temps l'humilité s'accroisse, la vie spirituelle se fortifie, la paix intérieure règne, dont les paroles soient, en tout le reste, conformes au sens commun et à la saine doctrine, et *qui ne s'en rapportent pas à leur propre jugement* (1)? Je ne crains pas d'affirmer que cela ne s'est jamais vu.

(*La suite au prochain n°.*)

HENRI GOURAUD.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

Revue bibliographique.

ANALYSES D'OUVRAGES.

I. **Éléments de pathologie médicale**; par A.-P. REQUIN, D. M. P., médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. — Tome deuxième (1).

Il a déjà été question du premier volume de cet ouvrage dans un article intitulé : *Coup d'œil critique sur la scolastique médicale, au sujet des éléments de pathologie de M. Requin* (2). Dans ce travail on ne fit guère que critiquer la définition que l'auteur avait donnée de la maladie et du symptôme, ainsi que l'esprit trop scolastique qui a présidé à la rédaction de son livre; le reste fut consacré à des réflexions de philosophie médicale dont le volume de M. Requin n'avait été que le point de départ.

Ce silence à peu près complet sur le corps de l'ouvrage nous impose le devoir d'y revenir à l'occasion du second volume.

Le livre de M. Requin, lors de sa première apparition, produisit de la sensation par l'originalité de sa forme en même temps que par cet esprit méthodique, ce contrôle sévère des expressions, cette horreur de l'hypothèse qui distinguent les élèves de l'auteur de la *Pathologie générale*.

Il suscita aussi quelques critiques : on lui reprocha de ne pas différer pour le fond de l'enseignement élémentaire qui sert de monnaie courante aux cours et aux concours. Nous ne croyons pas que ce reproche doive s'adresser plutôt aux livres de M. Requin qu'aux autres productions actuellement répandues.

Il nous suffira de dire qu'il est conçu dans les mêmes idées philosophiques, et nous n'aurons pas besoin, à cette occasion, de donner une nouvelle édition des arguments que l'on oppose à la philosophie de l'école de Paris.

M. Requin, comme tous les élèves laborieux de cette école, s'est fait connaître de bonne heure dans la science par diverses publications et par un avancement assez rapide dans la hiérarchie médicale. Il a fait des cours, il est actuellement placé à la tête d'un service médical des plus actifs à l'Hôtel-Dieu annexe; il a donc eu sous la main tous les éléments regardés aujourd'hui comme essentiellement requis, mais aussi comme les seuls nécessaires pour prendre place dans l'enseignement, soit oral, soit écrit, savoir, une notion pratique de la forme didactique actuellement en cours, et de nombreux faits cliniques, thérapeutiques et nécropsiques. A ces avantages M. Requin joignait ceux d'une instruction étendue, d'une érudition profonde, d'une critique indépendante. En voilà bien assez, sans doute, pour faire un livre, si l'on ne se propose qu'un but élémentaire.

Le premier volume des Éléments de pathologie médicale traitait de la pathologie générale. Ce hors-d'œuvre avait seul emporté un demi-volume. L'auteur se proposait ensuite de distribuer la pathologie spéciale en quatre sections, et le tout devait être renfermé en deux volumes. La tâche était difficile, après l'énorme

(1) Volume de plus de 800 pages in-8°, chez Germer-Baillière. — 1846.

(2) Voyez notre n° de février 1845.

(1) Les lecteurs curieux de ce genre de questions liront avec intérêt sur ce sujet le livre du cardinal Bona, intitulé : *De discretione spirituum*.

étendue donnée à la pathologie générale ; aussi se voit-il dans la nécessité de dépasser les limites prévues et d'écrire un troisième volume, ce dont il demande humblement pardon au lecteur, chose fort pardonnable en effet ; car, à moins de produire un ouvrage tout d'un jet, il est impossible de prévoir où l'on pourra s'arrêter.

M. Requin n'a donc pu terminer que le premier des quatre groupes de la pathologie spéciale dans le second volume. Ce groupe, il est vrai, est le plus nombreux : il comprend les genres de maladies qui sont établis et dénommés au point de vue de la nosographie organique, c'est-à-dire d'après la considération d'un vice matériel d'où dérive toute la phénoménalité morbide. Cette section comprend toutes les maladies qui sont du ressort de l'anatomie pathologique, et elle comprend treize familles : les vices de proportion du sang, les hypérémies, les hémorrhagies, les inflammations, les hypertrophies, les atrophies, les gangrènes, les tuberculisations, les cancers, les hydropisies, les flux, les pneumatoses et les vices organiques divers.

Pour donner une idée complète de ce que sera l'ouvrage de M. Requin, nous transcrivons ici ce qu'il dit lui-même des trois sections qui feront l'objet de son troisième volume.

La deuxième section, sous le titre de nosographie étiologique, doit étudier les genres de maladies médicales institués exclusivement, ou du moins principalement, d'après le point de vue de la cause, soit déterminante, soit spécifique, à laquelle les altérations matérielles et fonctionnelles de l'économie sont imputables. Telles sont les maladies causées par les animaux parasites (la gale, les affections vermineuses), et les empoisonnements de toutes sortes : les maladies varioliques, la rougeole, la syphilis, la rage, la morve, etc.

La troisième section étudiera les deux genres de maladies que la nosographie ne peut connaître et définir que suivant la méthode symptomatique. Ici l'anatomie pathologique est nulle ou du moins impuissante, et l'étiologie en est à peu près au même point. Les maladies qui sont dans ce cas sont : l'embarras gastrique, la fièvre inflammatoire, les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, l'hystérie, la manie, etc.

La quatrième et dernière section est réservée pour certaines affections superficielles, comme les taches de rousseur, l'alopécie, la canitie, qui sont plutôt des imperfections de la beauté physique que de vraies maladies. Cette section ne doit occuper qu'un petit nombre de pages.

Telle est l'économie des Éléments de pathologie médicale de M. Requin. L'auteur a fait intervenir, comme éléments principaux de classification, en première ligne l'anatomie pathologique, en seconde l'étiologie, en troisième la symptomatologie. C'est là un système artificiel qui peut avoir ses avantages pour la distribution méthodique des matières, mais qui est loin d'être à l'abri des objections.

L'auteur dit, à propos de sa première section, qu'il appelle nosographie organique, que les médecins ne manqueront certainement pas d'entrevoir là, tout aussitôt, un traité presque complet d'anatomie pathologique dans un ordre nosographique. Soit ; mais les anatomistes purs lui sauront-ils bien bon gré d'en avoir distrait certaines maladies dont l'anatomie pathologique se lit sur le vivant, comme la variole, et dont la gravité même se mesure le plus souvent sur l'intensité de la lésion anatomique, sur la confluence? Lui sauront-ils bon gré d'en avoir retranché la fièvre typhoïde avec ses épistaxis, ses taches rosées, ses exanthèmes intestinaux, ses ulcérations des muqueuses, allant quelquefois jusqu'à la perforation, ses altérations ganglionnaires, ses congestions passives vers les poumons, la rate, ses eschares gangréneuses, etc.? Il peut paraître également choquant pour une vue d'ensemble de trouver les fièvres éparpillées dans deux sections : la variole et la rougeole dans la nosographie étiologique avec les empoisonnements ; la fièvre inflammatoire, la fièvre typhoïde, les fièvres intermittentes dans la nosographie symptomatique.

Mais laissons là ces objections d'un ordre jusqu'à un certain point secondaire, si dans la pratique, comme on le disait naguère à l'Académie, il n'y a que des espèces, assertion qui aurait pour résultat de mettre les dictionnaires au niveau, et même pour la facilité des recherches au-dessus des traités les plus philosophiques, au-dessus des ouvrages immortels d'un Boërhaave. Mais après l'ébranlement qu'a subi la médecine au commencement de ce siècle, dans l'état de transition et d'essais de reconstitution où elle est actuellement, une classification est chose éminemment difficile à faire. Il y a toute une école bien chatouilleuse à ménager, il y a les anciens à ne pas jeter tout-à-fait au feu et à réconcilier avec les modernes ; il y a à tirer parti des faits en y mettant un peu de philosophie. L'entreprise est tellement ardue qu'il y a six ans personne encore ne paraissait vouloir l'aborder, et l'on ne s'en étonnait pas. Mais le temps a marché vite, et en six ans nous avons vu éclore sept traités de médecine. Nous avons vu d'abord paraître le livre de M. Gendrin, ouvrage non encore achevé qui témoigne d'une immense lecture, d'immenses recherches pratiques, mais aussi d'une élaboration pénible et lente ; car l'auteur a embrassé dans tous ses dangers le problème de la réconciliation des anciennes idées et des anciens noms avec les faits et les idées modernes. M. Piorry, depuis son entrée à l'École, s'est imposé de remplir l'honorable tâche attachée à son titre, celle de parler et d'écrire à travers toutes les difficultés que lui suscitent la critique et l'indifférence. Les idées qu'il défend ne sont pas les nôtres, et cependant nous ne pouvons nous défendre d'admirer en lui une si merveilleuse fécondité, qui n'est point la facilité de certaines gens, mais qui est le fruit d'une activité incessante que rien ne fatigue, ne rebute ; activité qui l'entraîne à tirer des moyens physiques d'ex-

ploration tout ce qu'ils peuvent donner. M. Piorry s'éloigne des anciens, mais en homme qui les a connus et qui les respecte; des modernes, ses contemporains, en homme qui les trouve trop paresseux. Tant de travaux ne sauraient être perdus pour la pratique. M. Grisolle vient de faire paraître la deuxième édition d'un traité de médecine où la doctrine de MM. Chomel et Louis est exposée dans toute sa pureté, où la médecine marche avec lenteur, mais avec prudence. M. Valleix est sur le point d'achever son Guide du médecin-praticien, où la science est réduite aux formules les plus élémentaires possibles, où la statistique pèse de tout son poids dans la balance, où la thérapeutique, enfin, est détaillée en formules et en ordonnances. Il paraît aussi un Traité de pathologie de MM. Bébier et Hardy; nous n'avons pas encore eu l'occasion de l'apprécier. Ces jours derniers, enfin, M. Bouillaud a lancé tout d'un jet, au milieu d'un public étonné, un traité de médecine en cinq volumes.

M. Requin se trouve donc en nombreuse et honorable compagnie, et c'est ici le cas de dire ce qui le distingue des autres; car nous n'admettons pas, avec une critique plus spirituelle que juste, que le principal mérite d'une de ces productions est de dispenser de lire les autres. Le livre de M. Gendrin diffère essentiellement de celui de son voisin de la Pitié. Sans avoir encore lu l'ouvrage de M. Bouillaud, nous pouvons prédire à coup sûr qu'il ne ressemblera guère à ceux qui le précèdent. M. Requin nous paraît trouver naturellement sa place à côté de M. Grisolle, son ancien condisciple; tous deux ont été assis sur les mêmes bancs à la même école. L'allure du premier a quelque chose de plus indépendant, de plus hardi, témoin sa classification; le second a conservé une forme plus classique. Notre intention n'est point, du reste, d'établir un parallèle entre le mérite comparatif des deux auteurs. Tout ce que nous en dirons, c'est que s'ils se rapprochent par le fond, ils s'éloignent notablement par la forme et par le mode d'exposition.

M. Requin a mis en tête de chaque article un paragraphe bibliographique dans lequel on trouve le nom des auteurs qui ont écrit sur le sujet. Ce n'est point une sèche énumération bibliographique comme celle que l'on trouve dans les dictionnaires; c'est une annotation sommaire contenant une courte analyse des idées professées par l'auteur dont l'ouvrage est cité. Quelquefois c'est un extrait même de cet ouvrage dans lequel l'idée-mère est résumée. Ce genre de renseignement nous paraît une heureuse innovation; il facilite les recherches d'érudition; rien n'y manque : la pagination même y est indiquée. Les anciens y trouvent quelquefois leur place en tête des modernes. Viennent ensuite la synonymie et l'historique. Après ces détails préliminaires, l'auteur entre dans le corps de son sujet en indiquant le siége de la maladie. Il décrit ensuite la symptomatologie, donne après cela les détails anatomiques; M. Requin passe alors à l'étude de l'étiologie, puis à celle du diagnostic; la partie thérapeutique termine enfin la description particulière de chaque maladie.

Il y aurait bien peut-être encore quelques critiques à faire, mais ce n'est pas ici que nous pouvons attaquer l'analyse de chaque maladie en particulier. Nous nous bornerons, pour terminer, à dire un mot des descriptions en général. Ces descriptions sont faites avec méthode et concision; elles sont néanmoins complètes. Il y règne un certain optimisme; l'auteur ne se fâche jamais contre son sujet; il paraît toujours content de la matière qu'il traite, si ingrate qu'elle soit, content aussi un peu de lui-même et content à l'avance de son lecteur. M. Requin a pris un soin tout particulier de son style, auquel nous n'avons à reprocher que de prendre quelquefois par trop le ton de la conversation. A part ce léger défaut, la description est, en général, chaleureuse et expressive, et d'une lecture attrayante.

En résumé, le livre de M. Requin sera un ouvrage utile et commode pour ceux qui, comme les élèves, ont besoin de connaître toute la médecine, mais d'une manière sommaire; à ceux qui en possèdent bien les éléments il serait sans doute insuffisant, comme tout traité élémentaire; mais il leur sera toujours utile par les renseignements bibliographiques qu'il fournit.

II. Relation de la maladie qui a tourmenté la vie et déterminé la mort de J.-J. Rousseau, extraite de l'histoire de la blennorrhée uréthrale ou suintement uréthral habituel; ses causes, ses effets et son traitement curatif; par le docteur Desruelles, ancien professeur au Val-de-Grâce (1).

La maladie du célèbre philosophe de Genève a beaucoup occupé les pathologistes modernes; nous avons déjà eu occasion d'en parler. M. Lallemand a opiné pour les pertes séminales involontaires; M. Desruelles est à peu près du même avis, sauf le nom qu'il change en celui de blennorrhée uréthrale. Mais il reste une grande difficulté qui n'a pas encore été résolue et qui ne le sera peut-être jamais : c'est la connaissance de la lésion anatomique qui donnait lieu à l'affection des organes génito-urinaires dont J.-J. Rousseau s'est plaint depuis son enfance jusqu'à sa mort. L'autopsie de son corps ne fut pas faite avec tout ce soin qu'on y met aujourd'hui, et les médecins qui la pratiquèrent se bornèrent à dire que ses maux venaient d'un état spasmodique des parties voisines du col de la vessie ou du col lui-même; ce qui revient à peu près à ne rien dire. Aujourd'hui que l'analyse anatomique de la maladie ne saurait plus être faite, on cherche à reconstruire cette dernière par une sorte de synthèse, d'après les faits révélés dans les écrits de l'auteur et comparés avec les connaissances actuelles. Rousseau na-

(1) Une feuille in-8; chez J.-B. Baillière.

quit, on le sait, avec une faiblesse et une sensibilité native des organes génito-urinaires : il fut, dès sa première enfance, tourmenté par des besoins fréquents d'uriner. Les désirs érotiques s'éveillèrent précocement en lui dès l'âge de 8 ans par l'effet de cette prédisposition native, ainsi que par celui d'une éducation vicieuse. Nous avons également vu des enfants conduits comme instinctivement à l'onanisme sans avoir fréquenté de mauvaises compagnies, uniquement sous l'influence d'une sensibilité congéniale des organes génitaux. Rousseau avoue comme malgré lui s'y être livré, sans bien préciser l'époque de sa vie; mais on peut supposer que ce fut de bonne heure, et pendant longtemps. Il paraît incontestable qu'il a été une partie de sa vie tourmenté par des pollutions qui, toutefois, ne l'ont pas empêché d'être père, mais qui ont imprimé sur ses relations avec les femmes, sur sa manière d'en parler, un cachet qui n'est pas des plus moraux et que ne justifieront jamais toutes les lésions anatomiques qu'on voudra bien lui supposer. S'il ne s'agissait que d'un intérêt de simple curiosité, nous regretterions ces commentaires minutieux sur tant de lignes ordurières qui eussent dû être ensevelies dans un éternel oubli. Mais ceux qui s'en sont occupés croient pouvoir en retirer quelque utilité pour l'étude de la maladie du philosophe génevois qui se montre si commune depuis qu'on sait mieux la diagnostiquer.

Seize ans avant la mort de Rousseau, frère Côme constata, en le sondant, un rétrécissement à l'entrée de la portion membraneuse de l'urèthre, au niveau du bulbe, et de plus un gonflement anormal de la prostate. Voilà pour la lésion anatomique. Quant aux pertes séminales que M. Desruelles désigne sous le nom de suintement uréthral, il n'en est nullement question dans les écrits de Rousseau; mais on sait qu'à un degré avancé de la maladie, ces pertes blanches ont presque toujours lieu à l'insu du malade; le sperme mélangé avec le fluide prostatique sort en même temps que les urines. Rousseau a d'ailleurs été soumis aux causes qui produisent la spermatorrhée, faiblesse congéniale des organes génito-urinaires, plaisirs solitaires précoces, et pendant presque toute sa vie préférés au rapprochement sexuel. Il faut croire cependant que ses pertes ne furent pas continuelles, puisqu'il put se livrer par moments à de grands excès avec les femmes, lorsque, par caprices, il en revenait aux moyens naturels, puisqu'il put être père. M. Lallemand admet aussi des pertes séminales intermittentes.

Tout cela revient à dire que, dans l'opinion de M. Desruelles, le gonflement congénial de la prostate est une des causes de strangurie, de miction difficile chez les enfants, et que la prostaturite développée soit sous l'influence de cette prédisposition, soit sous l'influence des excitations génitales, soit sous l'influence de ces deux causes réunies, donne lieu à ces pertes d'un fluide mélangé de sperme et de liquide prostatique qui constitue la spermatorrhée, et que l'auteur appelle blennorrhée uréthrale.

Ce court opuscule que nous venons d'examiner est l'extrait d'un ouvrage étendu que M. Desruelles va publier sous le titre d'*Histoire de la blennorrhée uréthrale*, ouvrage qui sera sans doute d'un grand intérêt, tant par la nouveauté des aperçus que par les faits nombreux que la carrière particulière de l'auteur l'a mis à même d'étudier.

III. **Formulaire thérapeutique et matière médicale** concernant les maladies de l'enfance, suivis de conseils sur les soins à donner au nouveau-né, l'allaitement, le sevrage, l'hygiène et l'éducation morale des enfants, etc.; par MM. le docteur A. Berton, chirurgien-major, membre de la Légion-d'Honneur, etc., et Lehuby, pharmacien à Paris (1).

Indications, prescriptions, formules... Ces trois mots résument cet ouvrage, spécialement pratique, sorte de mémento pour l'homme de l'art, de guide près du lit de l'enfant malade. On y trouve, en effet, tout ce qu'il y a à faire dans tel cas de maladie qui se présente; les renseignements nécessaires sur les substances médicamenteuses dont l'on peut avoir besoin; un choix de formules expérimentées, adaptées à telle ou telle affection, et tous les conseils les plus rationnels concernant l'allaitement naturel ou artificiel, le sevrage, le régime, les soins du nouveau-né, l'hygiène, l'éducation morale et physique des enfants.... tout cela par ordre alphabétique, le mode de classement le plus commode. Ce qui rend encore cette sorte de manuel précieux, c'est l'absence de toute théorie spéculative, de toute discussion et prétention scientifiques; sa forme portative et son prix peu élevé qui le met à la portée de tous.

Baron Michel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

I. *Du suicide considéré comme maladie*; par le docteur C.-E. Bourdin; opuscule d'une centaine de pages in-8°, chez Fortin, Masson et Cᵉ; 1845. — « Le suicide est une monomanie. » Telle est la thèse que l'auteur cherche à faire prévaloir dans son intéressant travail. Il ne veut même pas qu'on lui accorde que dans l'immense majorité des cas le suicide se rattache à la folie; car, pour lui, c'est dans la totalité des cas, sans en excepter un seul. Obligé de faire l'histoire du meurtre volontaire de soi, M. Bourdin se trouve naturellement amené à parler du diagnostic différentiel entre le suicide de l'aliéné et celui de l'homme sain d'esprit, et, à sa grande surprise, il reconnut alors qu'il n'existait aucune différence saisissable entre ces deux espèces de suicide. Sans admettre tout ce que l'opinion de M. Bourdin a d'absolu, nous croyons

(1) Un volume petit in-8° anglais; chez J.-B. Baillière, éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 17.

en effet, et cela d'après l'examen de faits parvenus à notre connaissance, que le suicide est souvent un acte d'aliénation mentale ; les arguments que l'auteur apporte à l'appui de cette idée sont d'une grande valeur. Aussi croyons-nous que son mémoire jette un grand jour sur une question qui est à la fois, comme le dit M. Bourdin, une question morale, religieuse et médicale.

II. *Traité de matière médicale et de thérapeutique*; précédé de considérations générales sur la zoologie et suivi de l'histoire des eaux naturelles; par M. S. Dieu, D. M. P., pharmacien-major; professeur à l'hôpital militaire de Metz ; tome 1er; 1 vol. in-8° de près de 600 pages, chez Fortin, Masson et Ce. — L'auteur occupe depuis 1836, dans la hiérarchie médicale de l'armée, une position qui l'a mis dans la nécessité de lire et de méditer tous les travaux qui ont paru sur la matière médicale. Il a particulièrement étudié les doctrines de l'école italienne, doctrine dont l'étude, encore peu répandue en France, ne peut manquer d'accroître nos connaissances sur un bon nombre de médicaments. M. Dieu a en outre fait de nombreuses expériences sur les animaux, en même temps qu'il avait l'occasion d'apprécier l'action des divers agents thérapeutiques sur l'homme malade. C'est avec ces excellents éléments que l'auteur a composé un livre véritablement classique, également utile pour l'élève et le praticien. Dans le premier volume qui vient de paraître, M. Dieu a donné un petit traité de zoologie. Cette première partie est suivie de l'étude de tous les animaux nuisibles à l'homme, soit par l'effet d'un venin, soit par celui de leur parasitisme. Le volume se termine par l'étude des produits thérapeutiques des mammifères, des oiseaux et des poissons.

III. *De l'amnios chez les oiseaux* ; par M. H. Jacquart, D. M., chirurgien interne des hôpitaux civils de Paris, lauréat des concours généraux des colléges de Paris (physique), élève de l'école pratique (première classe), aide d'anatomie au Muséum d'histoire naturelle de Paris. Thèse de 35 pages in-4°, chez Labbé. — L'auteur n'a pas choisi la formation de l'amnios dans l'homme ni dans les mammifères parce que les œufs humains ainsi que ceux des mammifères sont très difficiles à se procurer : il aurait donc été réduit à copier dans les différents auteurs ce qui a été écrit à ce sujet. Il a préféré faire un travail original en traitant uniquement de l'amnios de l'oiseau, dont il est facile d'étudier les phases heure par heure.

IV. *Quelques réflexions sur le Sénégal et sur la dysenterie observée dans ce pays*; thèse présentee et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier, le 12 juillet 1845, par M. Delord (Armand), docteur en médecine, chirurgien de deuxième classe de la marine royale, chevalier de la Légion-d'Honneur. 72 pages in-4°. — Les topographies médicales et la description des maladies observées dans une localité donnée sont des travaux d'une trop haute utilité pour n'être pas signalés. L'auteur, qui a séjourné pendant dix années dans le Sénégal, a été à même d'y étudier à fond la dysenterie dont ce pays est la terre classique. On conçoit combien il importe d'avoir des idées précises sur cette terrible affection qui compte, dit l'auteur, pour les deux tiers dans les nombreux décès observés sur cette terre insalubre. La dysenterie pardonne rarement au Sénégal; mais il y existe, en outre, plusieurs autres sortes de flux de ventre que M. Delord décrit avec d'autant plus de soin qu'il les a souvent vu confondre avec la dysenterie. L'auteur, dans sa thèse, s'occupe : 1° du Sénégal; 2° de l'influence de son climat sur le foie, le gros intestin et le poumon; 3° de la dysenterie; et il termine en citant des sentences des anciens, relativement à la dysenterie, dont la justesse l'a frappé. Relativement à l'aphorisme : *In dysenteriâ si singultus accedat lethale*, M. Delord dit que dix années durant, il ne l'a jamais trouvé en défaut; mais il eut lui-même, il y a un an, une dysenterie des plus graves pendant laquelle le hoquet le tourmenta beaucoup. Et aujourd'hui, ajoute-t-il, à cet aphorisme trop absolu il préfère celui-ci : *Singultus dysenteriæ in progressu morbi superveniens perquàm malus, in principio non adeò funestus.*

V. — *Observations sur l'hydrothérapie*, adressées au docteur Ballot, médecin en chef de l'hospice de Gien (Loiret), par le docteur Gillebert-Dhercourt, directeur de l'établissement hydrothérapique (campagne du Sapin, près Nancy), membre titulaire de la Société de Nancy, etc. — 74 pages in-8°; chez J.-B. Baillière; 1845. — Dans ce mémoire, écrit sous forme épistolaire, l'auteur, qui a observé l'hydrothérapie à l'œuvre, tant en Allemagne qu'en France, a pour but de mettre en garde ses confrères de ce pays contre les calomnies dont l'hydrothérapie a été l'objet, et de réfuter ce qui a été écrit récemment contre elle par des hommes de talent, sans doute, mais qui n'ont pas eu le temps de l'observer à loisir. M. Gillebert-d'Hercourt est, d'ailleurs, un homme de conviction profonde; car il n'a pas craint de soumettre, et il l'a fait avec succès, son épouse et son fils au traitement hydrothérapique, plus conséquent, en cela, avec ses principes, que l'illustre Jenner qui, longtemps après avoir doté le monde de sa précieuse découverte, faisait néanmoins encore inoculer la variole à son fils. M. Gillebert, dans ce mémoire, convient que ce qui a fait tort à l'hydrothérapie, c'est d'avoir été trop prônée comme une panacée universelle; mais en faisant tomber ce qu'il y a d'exagéré dans les prétentions des guérisseurs d'Allemagne, en la faisant entrer sous la juridiction d'une médecine éclairée, on lui trouvera encore un beau rôle à remplir ; c'est du moins ce que prouvent les observations de guérison rapportées par l'auteur à la fin de sa brochure.

Revue des journaux français et belges.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Application des bandages dextrinés au traitement de l'eczéma. — M. DEVERGIE, médecin à l'hôpital Saint-Louis, essaie depuis trois mois le bandage dextriné dans la période où le mal semble rester stationnaire, où la cessation de la sécrétion séreuse est remplacée par la formation de petites lamelles épidermiques, se détachant par le frottement pour se reproduire de nouveau. Ce moyen est si puissant que, dans certains cas, il a craint la suppression trop rapide de la sécrétion. M. Devergie s'est arrêté à la solution suivante :

Eau	1,000 grammes
Dextrine	125 à 150 grammes.

Dissolvez à l'aide de l'eau bouillante. Le bandage se compose de circulaires se recouvrant à deux tiers de la largeur de la bande.

Chaque bandage reste appliqué trois jours. Il faut l'enlever ensuite avec de grandes précautions après l'avoir préalablement imbibé d'eau tiède.

La pression doit être douce. Exercée seule avec une bande non dextrinée, elle suffirait, à la rigueur, dans l'eczéma variqueux. Mais elle a d'ordinaire l'inconvénient que la bande s'imbibe du fluide sécrété et n'est enlevée qu'avec peine.

Le bandage dextriné fait rapidement cesser la démangeaison ; il calme les douleurs lancinantes de l'eczéma rubrum.

Il pourrait être appliqué dans certains états aigus d'eczéma rebelle ; mais il faut ne le laisser que vingt-quatre heures pour éviter la répercussion.

Il est surtout indiqué dans les cas d'eczéma avec varices ou avec œdème.

Il est contre-indiqué s'il y a complication d'un état impétigineux. (*Mars* 1846.)

—

Remarques pratiques sur quelques points du traitement des affections papuleuses et sur l'emploi dans ces cas d'une pommade créosotée ; par M. M. SIMON. — L'auteur émet d'abord l'opinion que lorsque le prurigo et le lichen affectent la forme aiguë, ils se lient à un trouble interne et doivent être traités par le régime ; mais lorsque ces affections affectent une marche chronique, ce sont de simples lésions locales qui n'ont aucune racine dans les grands foyers de la vie : c'est, dit-il, un traumatisme anatomique pur, qui n'appelle qu'une simple médication topique. Or, un des topiques qui ont le plus généralement réussi à M. Simon, c'est la pommade composée avec un gramme de créosote et 32 d'axonge. Le malade doit se frictionner tous les jours ; s'il est des points où l'inflammation soit très vive, il les évitera. La créosote paraît agir comme une sorte de cautérisation lente qui dessèche, momifie la surface des tissus. L'auteur ne la présente pas pourtant comme devant réussir dans tous les cas. Elle a d'ailleurs échoué dans un cas d'impétigo du cuir chevelu et dans un cas de *pityriasis capitis.* (*Avril* 1846.)

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Histoire générale des sept diathèses ; par F.-L. GAILLARD, professeur à l'École de médecine de Poitiers, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc. — Le travail de notre honorable confrère se prêterait beaucoup mieux à la reproduction qu'à l'analyse ; car il n'est que l'exposé analytique et très concis d'idées que l'auteur, on le sent, aurait voulu développer, mais que des exigences indépendantes de sa volonté l'ont obligé de resserrer dans l'espace d'un court mémoire.

M. Gaillard admet sous la dénomination des sept diathèses des états pathologiques qui viennent compliquer la plupart des affections chroniques, qu'elles soient du ressort de la pathologie interne ou de celui de la pathologie externe. Ce sont les diathèses scrofuleuse, scorbutique, herpétique, syphilitique, rhumatismale, goutteuse et cancéreuse. Il ne s'agit point ici d'une simple prédisposition, mais d'un état réel, latent peut-être, mais qui éclatera à l'occasion d'une entorse, d'une lésion oculaire. Une diathèse est un état pathologique éminemment protéiforme. On sait quelles sont les formes variées des affections scrofuleuse, scorbutique, herpétique et syphilitique. Mais ce qui est moins connu et ce que l'auteur s'attache à faire connaître par des exemples, ce sont les expressions morbides multipliées que produit la diathèse rhumatismale, la plus commune peut-être de toutes et qui est, entre autres, une cause très fréquente de gastralgies et d'entéralgies. Il suit de ces données que le médecin appelé pour une affection quelconque, mais surtout pour une affection chronique, devra s'enquérir soigneusement s'il n'existe point dans les antécédents quelque chose qui révèle à quelle espèce de diathèse il a affaire. Il s'agira quelquefois moins, pour le moment, d'opérer une guérison radicale qu'une mutation d'une forme morbide en une autre moins grave.

Ces idées, à l'exception de la division des diathèses en sept espèces, ne sont pas absolument nouvelles ; mais ce sont de ces vieilles vérités qui ne sauraient jamais tomber dans les redites ; car on n'en est plus assez pénétré dans la pratique, surtout depuis que les travaux des anatomo-pathologistes, en portant d'une manière presque exclusive l'attention sur les lésions locales, nous ont fait perdre de vue la lésion vitale qui préside dès l'origine au développement de ces dernières, ou du moins qui vient les compliquer. Le travail de l'habile médecin de Poitiers, que nous lui voudrions voir reproduire sous une forme plus étendue, nous paraît une des marques d'un retour heureux à d'anciennes études trop longtemps laissées de côté, et qui, menées de front avec celles de l'école médicale actuelle, ne peuvent manquer de faire faire de grands pro-

grès à la pratique. (*Numéros du 4 et du 11 avril.*)

JOURNAL DE MÉDECINE.

De l'abus des médicaments alcalins ; par M. TROUSSEAU, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. — Les alcalins occupent, parmi les medicaments altérants, une place aussi importante que le mercure, l'iode et l'arsenic. Il n'est pas plus indifférent d'administrer les premiers que les derniers; le danger de leur abus est peut-être plus grand en ce sens qu'il est moins soupçonné. Les anciens avaient déjà indiqué que sous l'influence des alcalins le sang devenait plus fluide, puisqu'il se décolorait, et qu'enfin il s'établissait une cachexie caractérisée par la pâleur, la bouffissure générale, les hémorrhagies passives et un amaigrissement irréparable. Les faits suffiraient seuls sans les explications de la chimie moderne; et en effet, depuis quelques années, l'abus que l'on a fait des eaux de Vichy et de Carlsbad, dans le traitement de la goutte, a fait voir que cet abus peut causer plus de mal que celui de l'iode.

Il est bien permis de tempérer les accès de goutte en prenant avec quelque persévérance les eaux minérales alcalines; on peut aussi, avec les mêmes remèdes, empêcher les graviers d'acide urique de se former dans les reins; mais c'est là éteindre les manifestations goutteuses et non pas la goutte. La diathèse persiste et si l'on veut la poursuivre à outrance avec les alcalins on amènera une cachexie bien plus grave que la goutte ou la gravelle.

Les alcalins sont très utiles dans les maladies chroniques du foie ; mais il faut encore savoir s'arrêter dans l'administration de ces alcalins dès que l'engorgement est en voie de résolution par l'effet de la première impulsion rétrograde qu'ils ont donnée, sans s'attacher à poursuivre le mal qui désormais doit guérir sans vous.

Tel malade se trouve mieux à la suite d'une saison passée à Vichy ou à Ems. Alors il croit devoir l'été suivant y retourner pour prévenir le retour du mal, et faire ainsi de suite plusieurs années; voilà l'abus. Aussi n'en rapporte-t-il le plus souvent que du malaise et quelquefois de graves accidents.

En définitive, la médication alcaline a une immense utilité ; mais elle offre un extrême danger quand elle est maniée avec légèreté.

(N° *de mars* 1846.)

—

Quelques mots au sujet de la nécrose des os maxillaires attribuée aux vapeurs phosphoriques.—MM. Bricheteau et Chevalier ont fait, dans les fabriques d'allumettes chimiques de Paris et des environs, des recherches sur les dangers signalés par les médecins allemands. Le résultat, qui était si inquiétant dans les fabriques de Nuremberg et de Vienne, est au contraire tout-à-fait rassurant dans celles de Paris, puisque, sur environ deux mille ouvriers, hommes ou femmes, occupés à cette fabrication, aucune carie ou nécrose de la mâchoire n'a été suffisamment bien constatée par les propriétaires de plusieurs usines ou par les médecins qui y ont été appelés. On y a trouvé, il est vrai, cinq individus atteints de maladies de la joue, de nature syphilitique ou inconnue; mais rien jusqu'ici n'a encore prouvé que ces affections fussent dues aux vapeurs phosphoriques et sulfureuses. Le seul effet pathologique observé dans les ateliers est une simple toux, plus fréquente en hiver qu'en été, les fenêtres restant fermées pendant la première de ces saisons.

(*Ibid.*)

JOURNAL DE CHIRURGIE.

Note sur les différents moyens d'entretenir les vésicatoires; par le docteur J.-F. PAYEN. — Il résulte des recherches pratiques de l'auteur : 1° que le médecin doit se tenir pour prévenu que dans la grande majorité, si ce n'est dans la généralité des cas, lorsqu'il demande simplement chez un pharmacien de la pommade au garou, on donne une préparation de cantharides; 2° que la pommade au garou du Codex (infusion de la plante dans un corps gras) est à peu près sans action ; 3° que les pommades préparées avec le garou en poudre dans un excipient simple ne sont pas suffisantes pour entretenir seules la suppuration pendant un temps prolongé ; 4° enfin, que lorsque, pour une cause quelconque, l'irritation de l'appareil urinaire forcera le médecin de s'occuper d'une manière particulière du pansement du vésicatoire, il ne devra pas demander une pommade épispastique sous quelque dénomination que ce soit, parce que chaque pharmacien suit des formules différentes; mais qu'il devra prescrire en détail et magistralement la pommade qu'il désire, comme on fait pour une potion ou un collyre.

Dans le cours de sa note, l'auteur fait observer que le basilicum et l'onguent de la mère, soit seuls, soit associés, entretiennent très bien la suppuration. Lorsque les vésicatoires languissent, on se trouve encore bien, suivant le docteur Léger, d'un mélange de basilicum et de styrax.

Les taffetas et papiers épispastiques étant cantharidés ne conviennent que pour entretenir les petits vésicatoires. Lorsqu'ils causent trop d'irritation, on peut suivre encore le conseil de M. Léger qui prescrit de les appliquer par leur envers. Enfin, l'auteur recommande, pour l'application des vésicatoires ordinaires, un *modus faciendi* connu dès longtemps, mais à peu près oublié : c'est de placer comme intermédiaire entre l'emplâtre et la peau un papier non collé et graissé : la douleur est alors beaucoup moins vive, l'irritation moins grande, et l'effet n'est pas moins assuré. (*Mars* 1846.)

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

De l'emploi du collyre de térébenthine dans le traitement de diverses maladies des yeux; par le docteur S. LAUGIER, chirurgien de l'hôpital

Beaujon. — Nous avons rapporté, dans notre dernier n°, les effets avantageux que M Serre d'Alais a retirés de l'huile de cade dans l'ophthalmie scrofuleuse. Cet habile praticien en ayant fait part en décembre dernier à M. Laugier, celui-ci pensa que l'on pourrait peut-être aussi employer avec avantage la térébenthine de Venise, et il se mit dès lors à l'essayer chez des malades jusque-là soumis au traitement par le collyre au nitrate d'argent. L'action de cette substance se montra dès les premiers jours bienfaisante et plus efficace que le nitrate d'argent. Voici la formule du collyre de M. Laugier :

Térébenthine de Venise, 20 grammes
Essence de térébenthine, 10 grammes.

Mettez la térébenthine dans un mortier de marbre ; faites chauffer lentement, et lorsque la térébenthine sera devenue fluide, ajoutez l'essence par petites portions.

Instillez matin et soir entre les paupières 3 ou 4 gouttes de ce collyre.

L'essence de térébenthine seule a quelquefois ranimé les ophthalmies ; le mélange vaut donc mieux. L'auteur emploie la première dans le traitement des taies.

M. Laugier rapporte ici six observations de conjonctivites, de kératites, de cornéites scrofuleuses, de blépharites, où son traitement a eu de bons résultats. Il en a fait usage en ville avec le même succès. Toutefois, il propose ce moyen à ses confrères plutôt comme un sujet d'études que comme une question jugée.

On pourrait se demander pourquoi M. Laugier, si bien renseigné par M. Serre d'Alais sur le compte de l'huile de cade, essaie celle de térébenthine. C'est qu'il pense que ces deux huiles étant isomériques, c'est-à-dire d'une composition chimique semblable, doivent avoir les mêmes propriétés. Sans préjuger la question, dans l'espèce, nous dirons que ces calculs chimiques ne sont pas toujours très justes lorsqu'on les applique à la thérapeutique. (*Mars* 1846.)

GAZETTE MÉDICO-CHIRURGICALE.

De l'alimentation par le café au lait, considéré comme cause pathogénique; par le docteur A. Caron, médecin des prisons de la Seine. — M. Caron ne s'en prend ni au café, ni au lait en particulier, et nous ferons voir plus loin qu'il a peut-être tort. C'est au mélange de café et de lait qu'il s'attaque. Le café, dit-il, mis en contact avec le lait, agit sur lui de manière à neutraliser ses propriétés alibiles, et cela en en retardant la fermentation. Ayant disposé du café mélangé avec du lait dans un bocal, il a remarqué que ce n'était qu'au bout de 27 jours que la décomposition s'en était opérée, tandis que le lait sucré n'avait résisté que 3 jours, le chocolat au lait 5, le lait mélangé à la caféine pure 11 jours. Ainsi les propriétés astringentes du café retardent la digestion du lait.

Mais ce n'est pas tout : pendant que les acides tannique et gallique du café agissent sur le lait, la caféine, qui se trouve mise à nu, agit de son côté sur l'estomac, à la façon des alcalis végétaux, en produisant l'hyposthénisation.

Pour préciser l'action de la caféine sur l'économie, M. Caron s'est administré 1/2 gram. de caféine dans une matinée, après avoir déjeuné. Au bout de deux heures, il éprouva d'abord une prostration générale des forces, une sorte de concentration vitale, une céphalalgie vague, tremblement des jambes qui étaient plus faibles que de coutume, incertitude dans la marche ; plus tard il se manifesta un état nauséeux tout particulier, une plénitude de l'estomac, une somnolence continuelle avec inappétence très prononcée, puisque l'auteur put rester jusqu'à onze heures du soir sans manger. Dans une autre expérience que M. Caron fit sur lui-même, il vit les pulsations, qui sont en moyenne chez lui de 80 à 90, descendre graduellement à 56. Alors il se mit à table, quoique sans appétit, et après le repas son pouls remonta à 72. Les mêmes phénomènes se sont présentés chez d'autres personnes qui ont bien voulu se prêter à ces essais. Ces phénomènes n'étaient d'ailleurs que l'exagération de ceux que l'auteur éprouve quand il prend du café au lait.

D'après M. Caron, le café au lait serait donc un liquide inerte, sur lequel les sucs gastriques n'auraient que fort peu d'action. De là la sensation de plénitude qu'éprouvent quelques personnes qui s'imaginent avoir bien déjeuné tandis qu'elles n'ont pris qu'un liquide inassimilable, sur lequel l'estomac se fatigue longtemps avant d'en tirer un aliment insuffisant.

M. Caron, après avoir décrit la série de symptômes nerveux et autres qu'il a observés chez les femmes qui font un usage habituel de café au lait, rapporte deux observations de femmes qui se sont immédiatement bien trouvées de la cessation de cette habitude.

Nous croyons, avec M. Caron, que le café au lait n'est pas un aliment recommandable ; mais nous croyons aussi qu'il en exagère les effets nuisibles en en faisant une sorte de poison lent. Nous ne dirons rien de la théorie, si spécieuse d'ailleurs, qu'il donne du peu d'assimilation de ce liquide, si ce n'est qu'elle est peut-être plus applicable au bocal de M. Caron qu'à notre estomac. Ce qu'il y a le plus à reprocher au café au lait, ce n'est pas d'être inassimilable ni dépourvu de parties nutritives, c'est d'être formé d'un mélange de deux liquides qui, bien qu'essentiellement différents sous la plupart de leurs propriétés, en ont cependant une tout-à-fait semblable, celle d'être tous deux légèrement laxatifs, chacun pour son compte. Tout le monde sait que le lait relâche ; mais le café noir relâche aussi ; telle personne qui a l'habitude d'en prendre tous les jours à heure fixe ira d'ordinaire à la selle immédiatement après. Le mélange du café avec le lait a une action laxative encore plus prononcée. Ainsi nous connaissons un homme qui déjeune tous les jours avec du café

au lait et a immédiatement après son évacuation alvine quotidienne. On lui ferait difficilement accroire que c'est une indigestion qu'il a tous les matins, d'autant plus que son estomac vigoureux s'est fait depuis de nombreuses années à cette habitude dont l'abandon lui serait très pénible.

Quoi qu'il en soit, c'est une mauvaise condition pour un aliment que de produire immédiatement une évacuation alvine, surtout si c'est une évacuation hors de tour. Le café au lait ne saurait convenir aux personnes qui sont dans ce cas. Mais ces mêmes individus ne se trouveraient guère mieux d'une tasse de lait pur, et elles supporteront beaucoup mieux du chocolat à l'eau que du chocolat à la crème.

Un des effets du café au lait, chez les personnes qui le supportent bien, c'est de les disposer à l'embonpoint, surtout quand le lait prédomine, ce qui témoigne assez que le liquide n'est pas aussi pauvre en matières alibiles que M. Caron le prétend.

Il serait à souhaiter, du reste, que les estomacs débiles, qui forment la grande majorité des estomacs parisiens, renonçassent au café au lait. Mais ce genre d'alimentation est si commode, si agréable, si fortement enraciné dans nos habitudes, que nous n'espérons guère que la note de M. Caron produise une frayeur salutaire.

Lorsque le médecin ne peut pas obtenir de son malade l'abandon du café au lait, il peut encore en faire atténuer les mauvais effets en recommandant qu'on le prenne froid. A cette température, le café exerce une action tonique immédiate qui dispose l'estomac à réagir contre ses propriétés débilitantes consécutives. (14 *mars* 1846.)

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Formule du traitement du diabète sucré par les substances alcalines. — La note suivante, due à l'obligeance de M. Mialhe, complète ce que nous avons dit du traitement du diabète par les substances alcalines dans les derniers numéros.

Les substances alcalines qui servent de base au traitement proposé par M. Mialhe pour combattre le diabète sont principalement le bicarbonate de soude et la magnésie calcinée hydratée.

Le bicarbonate de soude est prescrit à la dose de 10 à 20 grammes et même davantage par jour, et la magnésie calcinée à la dose de 1 à 4 grammes pour le même intervalle de temps. Ces doses suffisent le plus ordinairement pour rendre à l'urine des diabétiques sa composition normale, pour en faire disparaître le sucre; ou, pour mieux dire, ces proportions de substances alcalines sont suffisantes pour redonner au sang sa composition première, et par suite rendre possible l'assimilation du sucre. C'est ainsi, par exemple, que, dans une observation communiquée le 8 juillet 1844 à l'Académie des sciences par MM. Mialhe et Contour, le malade qui en fait le sujet n'a jamais pris au delà de 12 grammes de bicarbonate de soude et 1 gramme de magnésie calcinée dans les vingt-quatre heures. On a dit, il est vrai, que ce malade n'était pas guéri, mais cette assertion n'est pas exacte; s'il continue à prendre encore quelques grammes de bicarbonate de soude par jour, c'est uniquement par prudence et dans un but prophylactique; car, il en convient lui-même, jamais sa santé n'a été meilleure qu'aujourd'hui.

Quelquefois, cependant, de pareilles doses sont insuffisantes pour arriver au résultat précité, et tout dernièrement encore M. le professeur Trousseau a été obligé de porter la dose de bicarbonate sodique au delà de 30 grammes par jour pour faire disparaître le sucre de l'urine d'une femme diabétique, à laquelle il donne des soins.

Le bicarbonate de soude se prend en dissolution dans de l'eau, dans du lait ou du bouillon; mais comme l'observation clinique démontre que cet agent médical est d'autant plus promptement efficace qu'il est administré en dissolution plus concentrée, et que cette dissolution offre une saveur alcaline plus prononcée, quelques malades ont de la répugnance à le prendre. M. Mialhe pare à cet inconvénient en donnant le médicament sous forme de bols ou capsules, dont voici la formule :

Pr.	Bicarbonate de soude pulvérisé.	100 grammes.
	Gomme arabique pulvérisée.	8 —
	Eau..	Q. S.

On fait une pâte assez dure pour pouvoir être roulée en bols olivaires du poids de 50 centigrammes à 1 gramme chacun, que l'on recouvre ensuite d'une couche gommo-gélatineuse.

Cette manière d'administrer le bicarbonate sodique est sans aucun doute très convenable et très commode, non-seulement pour le traitement des diabétiques, mais encore pour celui des graveleux.

Quant au mode d'emploi de la magnésie calcinée, M. Mialhe est d'avis que cette substance doit toujours être prescrite à l'état d'hydrate, c'est-à-dire en combinaison avec l'eau dans les proportions suivantes :

Pr.	Magnésie calcinée. . .	100 grammes.
	Eau pure.	800 —
	Eau de fleur d'oranger.	100 —

On broie la magnésie avec l'eau, on porte ensuite le mélange à l'ébullition en agitant sans cesse; on passe à travers une étamine à looch et on ajoute ensuite l'eau aromatique. On obtient un *lait magnésien* qui contient 2 grammes d'oxyde pour chaque cuillerée à bouche de liquide.

La magnésie calcinée ainsi *mixtionnée* est bien moins désagréable au goût que lorsqu'elle est mélangée extemporanément avec l'eau. M. Mialhe connaît une personne qui n'avait jamais pu supporter l'usage de cette sub-

stance, qui se trouve on ne peut mieux de l'emploi du lait de magnésie. (*Février* 1846.)

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Effets sédatifs du sous-carbonate de fer dans quelques affections rebelles; par le docteur LECLUYSE, de Poperinghe. — Le carbonate de fer a paru à l'auteur un calmant de l'élément douloureux, particulièrement lorsque celui-ci succède à un état inflammatoire où on a trop abusé des antiphlogistiques.

Le premier fait qu'il rapporte à l'appui de sa thèse est celui d'une jeune fille de vingt-quatre ans, robuste, bien réglée, qui fut saisie d'une violente céphalalgie avec fièvre et insomnie. Saignées à plusieurs reprises, sans le moindre amendement. Il survient alors des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, des obscurcissements de la vue, entremêlés d'étincelles et de flamboiements passagers. Des sangsues aux apophyses mastoïdes ne font qu'augmenter cet état amaurotique, sans diminuer les douleurs. L'auteur passe alors aux révulsifs, vésicatoire aux bras, purgatifs aloétiques, frictions irritantes, et n'obtient rien. La malade s'affaiblit : la rougeur faciale se concentre aux pommettes, les paupières pâlissent et s'œdématient, les pupilles se dilatent : le pouls est extrêmement vibrant et la céphalalgie augmente. Alors M. Lecluyse prescrit : sous-carbonate de fer et poudre de myrrhe, de chaque un demi-gros, aloès dix grains, pour faire trente pilules, à prendre six par jour à égale distance. — La douleur commença bientôt à disparaître; puis ce fut le tour de l'amaurose, et, sous l'influence du même traitement, la malade regagna ses forces primitives.

La seconde observation porte sur un homme de trente-six ans traité par les saignées générales et locales et la diète pour des douleurs d'estomac que l'on considérait comme dépendant d'une gastrite. Ce malade en vint à avoir l'estomac gorgé de mucosités limpides qui lui remontaient à chaque instant dans la bouche. L'auteur, mieux avisé que ses confrères, prescrivit le sous-carbonate de fer qui étouffa comme par enchantement les douleurs et supprima presque avec la même rapidité l'excrétion anormale des mucosités gastriques.

Dans la troisième observation on voit une jeune fille de vingt-quatre ans, bien constituée et bien réglée, en proie à des douleurs continuelles dans le flanc gauche. Deux saignées générales et une application de vingt sangsues. Alors les douleurs s'accompagnent de faiblesse, de sueurs, de céphalalgies; pouls développé, vibrant, mais cédant à la plus légère pression; plus tard, état chlorotique bien dessiné; palpitation et persistance de la douleur. Sous-carbonate de fer : dès le lendemain mieux sensible. Trois jours après, plus de douleurs. Huit jours plus tard, disparition complète des phénomènes chlorotiques.

L'observation quatre est très intéressante. Une femme, accouchée depuis trois mois d'un enfant mort, éprouvait des douleurs intolérables dans la région lombaire, survenues pendant l'époque des lochies qui n'avaient coulé que faiblement. Sangsues en grand nombre aux cuisses et à l'anus. Résultat nul; rien également par les révulsifs, employés ensuite, ainsi que par les opiacés et les antispasmodiques, employés en troisième lieu. M. Lecluyse propose une médication tonique et la décoction de quinquina pour combattre une certaine intermittence irrégulière qu'il a cru observer dans les symptômes. Le quinquina ne produit rien. L'auteur prescrit alors le sous-carbonate de fer uni à l'extrait de valériane et à l'aloès, dans la double intention de tonifier et d'exciter l'écoulement des règles, qui depuis l'accouchement n'avaient pas reparu. En peu de jours, les souffrances diminuèrent notablement. Au bout de quinze jours, il y eut une menstruation abondante et la malade recouvra sa santé première.

L'auteur, à propos de ces faits, pense qu'il est un sixième mode de terminaison des phlegmasies aiguës, non signalé par les auteurs, savoir, un état nerveux ou spasmodique. Cela peut être. Mais nous ne croyons pas que les quatre cas qu'il rapporte puissent être, tous du moins, considérés comme ayant été primitivement des phlegmasies. Dans les trois premiers, on eût pu le vérifier jusqu'à un certain point en examinant le caillot des saignées. Cette précaution a été négligée, et dans le reste des détails nous ne voyons rien qui autorise à considerer aucun de ces cas comme des phlegmasies réelles, à moins qu'on ne veuille regarder, avec les Italiens, le carbonate de fer comme un contre-stimulant, ceci soit dit sans arrière-pensée offensante contre nos confrères d'Italie, qui ont rendu de grands services à la medecine en signalant comme contre-stimulants des moyens qui à ce titre ou à d'autres ont souvent une efficacité réelle.

Revue des journaux allemands.

JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN.

Quelques remarques sur la toux périodique nocturne des enfants; par le docteur Fr.-J. BEHREND, l'un des éditeurs du journal allemand.—L'auteur pense être le premier à faire mention de cette affection, peu grave, mais selon lui assez fréquente, et offrant d'ailleurs des caractères particuliers.

Symptômes. — Cette toux s'observe dans tous les temps de l'année; c'est en été qu'elle est le plus rare, en hiver qu'elle est le plus commune. On ne la rencontre peut-être jamais

chez les enfants à la mamelle; les autres âges de l'enfance y sont tous exposés; elle se voit plus souvent chez les garçons que chez les filles. Voici comment elle se présente :

L'enfant qui, dans le jour, n'a présenté aucun signe d'affection catarrhale ni toux, s'endort tranquillement à l'heure où on le couche. Mais, vers onze heures ou minuit, c'est-à-dire après deux ou trois heures de sommeil, il commence à s'agiter et à tousser quoique sans être parfaitement éveillé. La toux devenant plus forte, il s'éveille, crie et pleure. La force de la toux va jusqu'à produire des vomissements; puis au bout d'une, deux ou trois heures passées dans cet état, il se rendort et passe bien le reste de la nuit. La même chose a lieu les nuits suivantes, et c'est ce qui fait que l'auteur donne à l'ensemble de ces symptômes le nom de toux périodique nocturne. Cette toux peut durer ainsi plusieurs semaines, même plusieurs mois. Elle finit par diminuer et disparaître spontanément. Sa durée devient graduellement de moins en moins longue et alors elle se montre à une heure plus avancée de la nuit, en sorte que le sommeil qui la précède s'allonge.

Pendant tout le temps de sa durée, les enfants mangent, boivent et s'amusent comme à l'ordinaire; cependant ils sont pâles et paraissent moins forts; le soir ils ont les pieds froids.

Diagnostic. — Cette toux est facile à distinguer du croup et de la coqueluche. Cette dernière a ses caractères particuliers; elle a lieu le jour comme la nuit; elle s'accompagne d'ailleurs de menaces de suffocation que l'on ne voit pas dans la toux nocturne. Dans la toux périodique nocturne les enfants ne sont pas réveillés en sursaut comme dans les accès de spasmes de la glotte; mais ils s'éveillent lentement, comme nous l'avons dit plus haut. C'est avec les bronchites et les catarrhes ordinaires que l'on pourrait peut-être le plus la confondre ; mais l'absence des signes stéthoscopiques propres à ces affections et la rémission complète du jour suffiront pour faire distinguer la maladie dont il s'agit ici.

Étiologie. — M. Behrend considère la toux périodique nocturne des enfants comme une affection purement nerveuse, ayant peut-être son point d'origine dans le nerf pneumogastrique. Elle lui a paru tenir un peu à la fois de la nature de la coqueluche et de celle des fièvres intermittentes en ce qu'elle était plus fréquente après les épidémies de coqueluche et s'observait en même temps que la fièvre intermittente sévissait chez les adultes.

Pronostic.—Il a toujours été favorable. Dans un cas seulement il y a eu une bronchite qui pouvait être accidentelle. Dans un autre il y a eu de fréquentes épistaxis.

Traitement. — La maladie ne réclame pas de traitement bien actif. L'auteur croit alors indiqués de légers purgatifs vers le soir et particulièrement la manne associée à la teinture de rhubarbe. L'enfant, en se mettant au lit, peut encore prendre 4 à 8 grammes de solution d'acétate d'ammoniaque dans de l'eau sucrée tiède. Un des confrères de l'auteur dit s'être bien trouvé de petites doses de sulfate de quinine vers le soir. Un autre a employé avec avantage les irritations aux extrémités inférieures au moyen de pédiluves ou de frictions de la plante des pieds avec des ognons rôtis; et même il a enveloppé les jambes suivant la méthode de Priesnitz.

(*Décembre* 1845.)

Observations prouvant les dangers de l'emploi de l'opium dans la médecine des enfants; par le docteur J. A. Sobotka, médecin adjoint de l'hôpital des Enfants à Vienne. — Les exemples rapportés par l'auteur dans son mémoire sont réellement effrayants et presque de nature à faire renoncer à l'opium dans les maladies de l'enfance. Ainsi un médecin anglais va jusqu'à dire que le sirop diacode pris par une nourrice peut narcotiser l'enfant qu'elle allaite. Kiwisch a vu, chez un enfant d'un an, un commencement d'empoisonnement à la suite de l'administration de deux gouttes de laudanum de Sydenham dans deux onces d'eau; Kœchlin a vu des convulsions produites par une seule goutte d'opium, et Meisner a eu des inquiétudes pour 1/8 de goutte. Suivant Werdt, un enfant de sept semaines aurait succombé pour avoir pris une mixture de trois onces contenant quatre gouttes de teinture d'opium. M. Sobotka cite, pour sa part, les faits suivants :

Obs. I. — Le 31 août 1843, il fut appelé pour un enfant de sept mois qui était tombé dans un état comateux à la suite de l'administration qui lui avait été prescrite pour une diarrhée d'une potion composée de quatre onces de décoction de salep, teinture d'opium trois gouttes, sirop diacode demi-once, une cuillerée toutes les heures (*einen Lœffel voll*). Le narcotisme se déclara après qu'il en eut pris quelques cuillerées. Les soins de l'auteur ne purent le sauver et il succomba le lendemain.

Obs. II. — M. Sobotka trouva à peu près dans le même état un enfant affecté du muguet et chez lequel on avait prescrit : décoction de guimauve, trois onces; teinture d'opium, deux gouttes; sirop diacode, demi-once. L'enfant prit d'abord la moitié du médicament par cuillerées à café toutes les deux heures, et plus tard toutes les heures. Il tomba dans le narcotisme et présenta de particulier une paralysie du canal intestinal. On lui prescrivit du camphre en suspension dans une potion. Les accidents d'empoisonnement disparurent. Le muguet fut plus tard guéri par la rhubarbe associée à l'hydrochlorate de magnésie.

Obs. III. — Le 27 avril 1844, l'auteur fut appelé pour un enfant de quatre mois affecté de vomissements et de diarrhée, qui avait été traité par le même médecin que l'enfant précédent et avec la même potion Trois cuillerées à café avaient suffi pour amener le narcotisme. L'auteur supprima la potion, prescrivit la rhubarbe avec l'hydrochlorate

de magnésie et plus tard la cascarille. L'enfant guérit.

Obs. IV. — Élisabeth Rabensteiner, enfant de six semaines, atteinte de diarrhée, fut traitée par une potion composée d'infusion de digitale, quatre onces; teinture d'opium, neuf gouttes; sirop d'écorce d'oranges, deux gros. Au bout de deux à trois cuillerées à café, elle fut prise d'un état de paralysie des sens et des muscles. On l'en tira au moyen du camphre.

Obs. V. — Madelaine Saxin, âgée de neuf mois, affectée de diarrhée depuis trois semaines, dut prendre une cuillerée à café toutes les heures d'une potion composée de : ipécacuanha, un demi-grain pour trois onces d'eau; mucilage de gomme, un demi-gros; sirop diacode, une demi-once; plus tard on y ajouta deux gouttes de teinture d'opium. La première cuillerée suffit pour amener le narcotisme. L'auteur donna de suite de la valériane et plus tard de la rhubarbe. L'enfant guérit.

Obs. VI. — Le même mois, l'auteur fut appelé pour un enfant de deux à trois mois, réduit au marasme par la diarrhée, auquel on avait prescrit une potion contenant trois gouttes de teinture anodine, à prendre par cuillerées à café plusieurs fois dans la journée. M. Sobotka trouva l'enfant dans un état de narcotisme dont il fut momentanément tiré par le camphre; mais il mourut le lendemain.

De ces faits il résulte que l'opium ne doit être administré aux enfants qu'avec une grande prudence. M. Sobotka le prescrit, chez les nouveau-nés, à la dose d'une goutte pour deux onces de liquide et en fait prendre une cuillerée à café tous les heures; ou bien il fait partager un grain de poudre de Dower en six prises et en donne une toutes les deux heures. De cette manière il n'a encore jamais eu d'accidents.

Quant aux empoisonnements par l'opium, il croit qu'il faut les traiter par les stimulants diffusibles, à la tête desquels il place le camphre Il croit nuisibles les évacuations sanguines, le froid sur la tête, les acides, parce que dans le narcotisme produit par l'opium les congestions ont le caractère passif. (*Ibid.*)

Revue des journaux italiens.

IL RACCOGLITORE MEDICO.

Sur deux cas de céphalalgie guéris par le valérianate de zinc; lettre du docteur Vincenzo BOCCACCINI au docteur Dazio Olivi. — Le valérianate de zinc jouit actuellement en Italie d'une certaine réputation contre les céphalalgies rebelles. Les deux observations suivantes témoignent que c'est une ressource qui ne serait pas à négliger dans des circonstances analogues à celles des sujets dont il est ici question :

Obs. 1. — Poletti, Antonio, paysan robuste de trente-cinq ans, n'a eu d'autres maladies que des rhumes légers. Étant allé à la ville pour ses affaires, il sua beaucoup en chemin, pressé qu'il était par le mauvais temps, particulièrement à son retour; la nuit suivante, il fut pris d'une forte douleur de tête qu'il comparait à celle qu'aurait produite un instrument piquant qui lui aurait traversé la tête de part en part. C'était à droite surtout qu'elle était le plus forte. M. Boccaccini, après avoir appris ces circonstances, trouvant le pouls du malade fébrile, lui pratiqua une saignée, lui prescrivit un purgatif et l'usage de boissons sudorifiques. Le malade fut débarrassé de la fièvre à la suite d'une abondante diaphorèse continuée pendant plusieurs jours; la céphalalgie le quitta aussi, mais pendant le jour seulement, car elle revenait la nuit avec plus de violence que jamais. L'auteur pensa que la douleur avait fixé plus particulièrement son siége sur les nerfs frontal, temporal et auriculaire droits, et qu'il n'y avait que des remèdes sédatifs qui pussent avoir prise sur elle. Le valérianate de zinc commençant alors à jouir d'une grande renommée contre les névralgies, M. Boccaccini en prescrivit douze grains à prendre en quatre jours. Cette première dose amena déjà une amélioration notable; le malade se trouva complètement guéri après avoir pris trente-deux grains de valérianate de zinc, et depuis cette époque il ne s'est plus aucunement ressenti de douleurs céphalalgiques.

Obs. 2. — N. N., femme de trente ans, de forte constitution, mère de plusieurs enfants, était souvent atteinte, ainsi que tous les membres de sa famille, d'accès de céphalalgie avec des douleurs pongitives aux côtés de la tête. On attribua d'abord cette céphalalgie à un état pléthorique et on fit quelques saignées, quoique la menstruation fût abondante; mais l'effet en fut insignifiant et la céphalalgie ne tardait pas à revenir avec sa violence habituelle, ainsi que les douleurs pongitives. Consulté sur ce cas, l'auteur proposa le valérianate de zinc, mais seulement après la cessation de l'époque menstruelle, afin de bien s'assurer si le mal dépendait d'un état pléthorique ou d'une simple névrose. La guérison fut complète après l'administration de vingt-quatre grains de valérianate de zinc. (19 *janvier* 1846.)

GAZZETTA MEDICA DI MILANO.

Heureuse application de la méthode de M. Pétrequin, ou de la galvanopuncture artérielle, dans un cas d'anévrysme poplité; par le docteur L. CINISELLI, chirurgien de l'hôpital de Crémone. — Dans la séance de l'Académie des sciences du 3 novembre 1845, M. Pétrequin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, présenta un mémoire sur une nouvelle méthode pour guérir certains anévrysmes, sans opération, à l'aide de la galvanopuncture. Nous avons rendu compte de cette communi-

cation dans notre n° de décembre; ainsi nous n'y reviendrons pas ici.

La lecture de ce travail a engagé un chirurgien italien à tenter cette nouvelle méthode dans les circonstances suivantes :

Obs. — C. A..., d'une constitution robuste et d'une taille élevée, après avoir vécu exempt de maladies graves jusqu'à l'âge de 70 ans, s'aperçut, en octobre 1845, d'une tumeur pulsative dans le creux poplité droit. Les progrès de cette tumeur furent si rapides que, dès le mois de décembre suivant, le malade ne pouvait plus faire que quelques pas dans sa chambre. En janvier 1846, il entra à l'hôpital de Crémone. M. Ciniselli reconnut un anévrysme poplité, du volume d'un gros œuf d'oie, occupant toute la région, battant fortement en tous sens et se flétrissant par la compression de l'artère fémorale. La jambe ne pouvait être étendue complètement. La capsule articulaire paraissait tuméfiée sur les côtés; les pulsations se propageaient jusqu'à la rotule. Les pulsations artérielles de la tumeur ne purent être constatées au-dessous de la tumeur, ni à la jambe ni au pied; mais on ne pouvait les sentir non plus sur le membre gauche, bien que l'artère poplitée y battît plus fortement que de coutume. Les deux membres inférieurs, couverts d'une peau aride, étaient parsemés de varices et portaient la trace d'anciens ulcères. D'après cela, M. Ciniselli jugea qu'il s'exposerait à de graves accidents en opérant par la ligature de la crurale et il voulut tenter la compression aidée des astringents; mais l'indocilité du malade l'obligea bientôt à y renoncer.

L'auteur venait alors de prendre connaissance de la nouvelle méthode de M. Pétrequin. Ce dernier, il est vrai, a signalé les difficultés d'application de sa méthode pour les grands anévrysmes. M. Ciniselli, malgré ce peu d'encouragement, voulut en faire l'essai, jugeant qu'elle ne pouvait, du moins, aggraver le sort de son malade. Il s'y prépara donc, le 22 janvier, ainsi qu'il suit :

Le malade étant couché sur le flanc droit et le compresseur placé au haut de la cuisse, M. Ciniselli fit pénétrer dans la tumeur, à 35 ou 40 millim., quatre aiguilles d'acier, très fines, d'une longueur de 56 millim. Il en disposa deux en dedans, sur une ligne verticale, à une distance de 22 millim., avec le soin d'éviter les troncs et les branches des deux saphènes, et les piqua obliquement de haut en bas. Il fit pénétrer les deux autres en dehors, sur une ligne parallèle à la première, et à égale distance entre elles, mais un peu plus bas et dans une direction opposée, de manière que dans la tumeur, elles se croisaient sans se toucher (1). Le compresseur fut ensuite serré sur la crurale, mais seulement assez pour empêcher les battements artériels sans flétrir la tumeur; l'auteur croit cette précaution nécessaire pour former un caillot plus volumineux et faciliter le succès de l'opération. M. Ciniselli approcha alors une pile à colonnes préparée à l'instant même, composée de vingt-un couples de lames carrées, en cuivre et zinc, de 93 millim. de côté; on employa pour conducteur humide la couche ordinaire d'étoffe imbibée d'une solution saturée de sel commun. Au moyen de deux fils d'argent d'un demi-millimètre de diamètre, tenus avec les doigts nus mais bien secs, le courant électrique fut bientôt mis en action à travers deux épingles; mais, comme il paraissait trop faible, après trois minutes on éleva à trente le nombre des couples, et l'action de l'électricité fut continuée ainsi pendant vingt-cinq minutes. Avec chacun des pôles on touchait une seule aiguille à la fois; mais toutes les deux ou trois minutes on changeait le contact d'un ou des deux pôles, et chacune des aiguilles fut touchée successivement par les pôles, de manière que le courant fût dirigé en tous sens, dans le but d'obtenir dans la tumeur des filaments fibrineux qui interrompissent les mouvements de l'ondée sanguine et en favorisassent la coagulation (1). Chaque nouveau contact des pôles avec les épingles occasionnait d'abord de la cuisson dans la tumeur, puis des contractions dans les muscles du mollet, et une sorte de secousse sous la plante des pieds. Aussi le malade fut-il très agité, fit-il sans cesse remuer le compresseur et souvent reparaître les battements dans la tumeur, détruisant ainsi le peu d'espoir que l'on avait dans la réussite. Pour remédier à cet accident fâcheux, M. Ciniselli voulait prolonger l'application de l'électricité; mais l'impatience de l'opéré ne le permit pas. On enleva donc les aiguilles, qui opposèrent quelque résistance à cause de leur oxydation, et, bien que le compresseur agît encore assez fortement pour empêcher toute pulsation dans la tumeur, on enveloppa celle-ci dans une vessie remplie de glace. Le malade, d'une indocilié extraordinaire, ne voulut plus conserver le compresseur, que l'on aurait désiré laisser à demeure pour mieux assurer la coagulation du sang. La glace fut continuée pendant six heures, au bout desquelles l'anévrysme offrit des pulsations comme auparavant, et M. Ciniselli crut que l'opération n'aurait aucun effet.

Le 23 au matin, les battements se maintenaient avec la même force; il remarqua pourtant qu'en

(1) « Dans mes expériences à découvert sur le sang, on voyait le caillot se former autour des épingles, et seulement lorsqu'elles étaient en contact; le phénomène était plus actif quand on les plaçait en croix; la conséquence est donc qu'il convient d'imiter cette disposition, et qu'il faudra multiplier les sources du caillot quand le sac anévrysmatique sera volumineux, de manière que les noyaux formés en divers sens et en plusieurs points finissent aisément par se confondre en un coagulum commun. » (Pétrequin, *Mélanges de chirurgie*, p. 289.)

(1) « Il convient, pour mieux coaguler le sang, de débuter de suite par un bon nombre de couples, et de procéder par progressions rapides, si les premiers effets sont incomplets. On peut avec avantage changer plusieurs fois, comme je l'ai fait, la direction des courants galvaniques. » (Pétrequin, *Mélanges de chirurgie*, page 290.)

comprimant la crurale, la tumeur ne se flétrissait plus comme auparavant, et qu'elle diminuait un peu de volume. A midi, vingt-quatre heures après la galvanopuncture, il n'y avait plus de battements ; l'opéré sortit même de son lit, et fit quelques pas dans la chambre, mais en ressentant encore un léger engourdissement dans la jambe.

Les jours suivants, la tumeur diminua peu à peu de volume et devint plus dense, les dépressions latérales du genou se dessinèrent, l'engourdissement disparut, l'extension de la jambe put être complète, la marche devint libre, et il ne resta qu'un léger sentiment de pesanteur au pied, qu'on pouvait attribuer au tiraillement du nerf poplité interne. Le 29 janvier, le sieur C., très content de sa guérison inespérée, ne put plus être retenu à l'hôpital.

Revue des journaux anglais.

THE LANCET.

Sur la nature et le traitement du tic douloureux. — Le docteur VEAGH reconnaît quatre espèces différentes de névralgie faciale : 1° le tic fonctionnel, consécutif à un trouble des organes digestifs ; 2° le tic dentaire, produit par la carie d'une dent ; 3° le tic rheumatique, succédant à un refroidissement ; 4° le tic sympathique, celui qui résulte d'une irritation ayant son siége dans l'axe cérébro-spinal ou dans le système ganglionnaire. Mais l'auteur avoue n'avoir jamais vu de névralgie faciale qu'il ait pu ramener à ce dernier ordre ; c'est donc une pure création théorique dont il fait lui-même bon marché. Quant à ce qui regarde les tics douloureux du second et du troisième ordre les indications thérapeutiques qu'ils présentent sont fort simples : enlever la dent malade dans le premier cas, exciter la diaphorèse dans le second. M. Veagh ne s'occupe donc avec quelque détail que du tic sympathique d'une affection gastro-intestinale. Les caractères symptomatiques qu'il lui assigne sont de commencer d'une manière lente ou d'occuper toute la face, sans que le malade puisse rapporter la douleur à un point plutôt qu'à un autre ; il existe, en même temps, divers troubles du côté des organes digestifs. On doit, en pareil cas, prescrire un traitement antiphlogistique modéré, diminuer la quantité des aliments, donner le soir des pilules de mercure et d'extrait de jusquiame à petites doses, et le matin une infusion de gentiane additionnée de quelque solution alcaline ; les sinapismes à l'épigastre sont alors indiqués ; le malade devra prendre de l'exercice à l'air libre. L'emploi de ces moyens amène de l'amélioration au bout de huit ou dix jours. Lorsque la langue est nette, il prescrit le sulfate de quinine à la dose de quatre grains répétés quatre ou cinq fois par jour. Il augmente même cette quantité au besoin. Quant aux topiques sédatifs, il n'en fait pas grand cas contre cette forme de névralgie.

—

Traitement de la gangrène sénile ; par M. S. TAYLOR. — Ce qu'il y a de mieux à faire pour empêcher la gangrène de se développer ou de faire des progrès, c'est d'entretenir une chaleur suffisante dans les parties menacées. Cette précaution n'empêche pas d'employer les moyens internes préconisés par les auteurs ; mais il y a plus à compter sur elle que sur ceux-ci. Cette pratique, recommandée d'ailleurs par B. Brodie et S. Cooper, a très bien réussi dans les circonstances suivantes :

Un vieillard, robuste de soixante-quatorze ans, se présenta à M. Taylor avec le premier et le second orteil rouges depuis quatre à cinq jours ; il y éprouvait une sensation de brûlure quoiqu'ils fussent comme glacés au toucher. Le pouls, déjà à peine perceptible dans l'artère poplitée de ce côté, ne l'était plus dans les tibiales. M. Taylor prescrivit au malade de garder le lit, le membre malade entouré de flanelle, et, en outre, de prendre une pilule de calomel et d'opium chaque soir. Le malade revint trois jours après, n'ayant rien fait de ce qui lui avait été ordonné ; aussi le mal avait-il augmenté d'intensité. La rougeur remontait jusqu'au coude-pied. M. Taylor insista sur le maintien de la chaleur locale et porta la dose d'opium à 5 centigrammes avec 10 gouttes de teinture d'opium.

Le malade revint encore au bout de trois jours. Pour cette fois, il avait suivi les conseils de M. Taylor et il en avait déjà retiré du bénéfice. Le gros orteil était revenu à son état normal ; il n'y avait plus que la dernière phalange du second qui fût encore livide ; la chaleur était revenue dans ces parties.

Le malade, présumant trop de son état, suspendit dès lors tout traitement pendant quinze jours et s'en trouva fort mal. Les deux dernières phalanges du second orteil devinrent noires, livides, privées de sentiment, et se couvrirent de phlyctènes. L'état général était mauvais aussi : agitation, la nuit surtout. On prescrit le repos au lit, le carbonate d'ammoniaque et la teinture de colombo avec 50 gouttes de laudanum de six heures en six heures ; 5 centigrammes d'opium tous les soirs, et surtout que le membre soit bien enveloppé de flanelle.

Cette prescription ayant été fidèlement remplie, la gangrène s'arrêta au bout de cinq jours. Toutefois le mal était trop avancé à la troisième phalange pour pouvoir rétrograder et celle-ci tomba ; mais la guérison fut définitive pour le reste.

THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Des propriétés médicales de la bebeerine ; par le docteur Douglas MACLAGAN. — Voici encore un antipériodique à ajouter à la liste déjà si nombreuse des succédanés du quinquina. Comme il s'agit d'un produit exotique, et qui d'ici à longtemps ne peut avoir guère

de valeur que dans le pays où il croît, nous nous bornerons à en faire une courte mention.

La bebeerine est un alcali végétal qui se retire du *bebeern*, arbre de la Guyane anglaise, appartenant au genre *nectandra*, de la famille des rosacées. C'est le docteur Rodie qui paraît avoir le premier signalé ses propriétés médicales; aussi a-t-on également qualifié de son nom cette nouvelle espèce. Beaucoup de médecins du pays ont reconnu à l'alcali en question les vertus antipériodiques et toniques de la quinine, mais avec une action moins stimulante sur le système circulatoire. Il résulte d'un grand nombre de cas de fièvres intermittentes et autres affections périodiques, guéries par la bebeerine, que cet alcali jouit de propriétés thérapeutiques très actives; mais il faut l'administrer à une dose double de celle de la quinine. Il paraîtrait aussi qu'elle ne produit pas les accidents graves que l'on a à reprocher à cette dernière.

L'auteur ajoute que ces assertions ont besoin d'être appuyées sur de nouveaux faits. Si elles se trouvent confirmées et que la bebeerine soit d'un prix moins élevé que le sulfate de quinine, sa découverte aurait une importance réelle.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Remarques à propos d'une fausse ankylose de la mâchoire inférieure; par M. FRENCH. — Il s'agit d'un homme de 22 ans, mort d'apoplexie, lequel avait une ankylose de la mâchoire inférieure, développée consécutivement à une affection gangréneuse de la face. Depuis cette époque, cet homme s'était nourri en introduisant les aliments coupés en très petits morceaux à travers un vide qu'on lui avait pratiqué en sacrifiant deux incisives supérieures et deux inférieures. A l'autopsie, on reconnut que l'immobilité ne tenait pas, comme on l'avait cru pendant la vie, à la soudure des articulations. Deux pièces cartilagineuses minces et larges partaient de chaque maxillaire et s'unissaient ensemble. Les articulations temporo-maxillaires étaient à l'état normal. L'auteur observe, avec raison, que si cette disposition eût été reconnue pendant la vie, on eût pu, au moyen d'une opération, rendre à la mâchoire inférieure la plus grande partie de ses mouvements. Cette remarque peut être utile pour des cas analogues à celui-ci.

—

De la ponction des excavations tuberculeuses; par M. HASTINGS.—L'auteur donne ici quelques détails sur le résultat d'une ponction qui a été pratiquée le 15 novembre 1844, par M. Storks, à travers la paroi thoracique gauche chez un tuberculeux. Nous en avons rapporté l'histoire assez au long dans notre n° d'octobre 1845. M. Hastings nous donne aujourd'hui quelques nouvelles sur son opéré, ce qu'il serait bon que tous les chirurgiens fissent. Le malade vivait encore le 23 juillet 1845, et il avait pu recommencer à marcher au commencement de la belle saison; néanmoins il était très faible. L'auteur ajoute que depuis deux ou trois mois il n'expectore pas plus de deux gros de matières dans les vingt-quatre heures.

Revue pharmaceutique et formules.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE.

Note sur un moyen de prévenir quelques-uns des accidents qui résultent de l'emploi de l'émétique à haute dose; par le docteur E. BOUDET. — Nous avons déjà parlé de cette note à l'occasion de sa présentation à l'Académie de médecine dans la séance du 16 décembre 1845. Nous nous bornerons à rappeler ici que l'auteur reproche à la solution stibiée, qui d'ordinaire est assez concentrée, de déterminer, dans un certain nombre de cas, une inflammation couenneuse de la bouche, du gosier et de l'œsophage; dans quelques cas même, l'inflammation gagne la partie supérieure du larynx. On ne peut cependant renoncer pour cela à l'emploi du tartre stibié à haute dose. Pour obvier aux inconvénients de son administration en solution, M. E. Boudet lui a substitué une masse solide formée d'émétique et de substances inertes, qu'on divise en pilules et qu'on donne à distance comme les cuillerées de potion.

M. E. Boudet a essayé successivement trois formules de pilules. Nous nous bornerons à donner la dernière, d'après la désignation de l'auteur qui lui a définitivement accordé la préférence.

Pr.	Émétique,	3,20	grammes.
	Extrait d'opium,	0,16	—
	— de laitue,	4,00	—
	Gomme arabique,	1,50	—
	Poudre de guimauve,	1,50	—

Pour 32 pilules contenant chacune 0,1 gramme d'émétique.

Chaque pilule contient 5 milligrammes ou un demi-centigramme d'extrait thébaïque. On pourrait doubler la dose d'opium.

Ce nouveau mode d'administration de l'émétique, essayé spécialement dans les salles de M. Fouquier, a paru produire les mêmes résultats que l'ancien.

M. Boudet croit devoir faire remarquer que le tartre stibié solide a quelquefois provoqué une diarrhée plus abondante et plus prolongée que le sel dissous, sans toutefois irriter davantage les parties inférieures du tube digestif que la solution.

Les pilules doivent être données de deux heures en deux heures. On fera suivre leur ingestion de celle d'un demi-verre de tisane, afin de favoriser leur dissolution dans l'estomac. On les donne d'abord à la dose de 2 ou 3; le lendemain il faut aller à celle de 5 ou 6, si on veut obtenir la tolérance. (*Février* 1846.)

—

Falsification de l'iodure de potassium par le bromure ; méthode pour déterminer la quantité de ce dernier dans le mélange. Le prix élevé auquel est monté l'iodure de potassium par suite de l'extension rapide de son emploi a suggéré à quelques fabricants l'idée de le mélanger avec le bromure qui autrefois était beaucoup plus cher que l'iodure, mais qui étant peu employé se trouve être aujourd'hui à meilleur marché. M. Ménier estime à 150 kilogrammes la quantité de bromure ainsi jetée dans le commerce.

La falsification de l'iodure de potassium par le bromure de cette base étant un fait démontré, M. Personne, préparateur à l'École de pharmacie de Paris, croit utile de faire connaître le procédé suivant, à l'aide duquel on peut non-seulement reconnaître le mélange de ces deux produits, mais encore doser le mélange.

Quand on traite une solution d'iodure de potassium par du sulfate de cuivre, on sait qu'il se précipite immédiatement un proto-iodure de cuivre, et que, par conséquent, la moitié de l'iode de l'iodure reste en dissolution, malgré l'excès de sulfate de cuivre ajouté.

M. Duflos a démontré qu'on pouvait précipiter tout l'iode de cette dissolution à l'état de proto-iodure de cuivre, si l'on vient à y ajouter un excès d'acide sulfureux qui, agissant de concert avec l'iode, réduit le bioxyde de cuivre à l'état de protoxyde en passant lui-même à l'état d'acide sulfurique.

Comme cette même réaction n'a pas lieu avec les chlorures, cette méthode a été appliquée à la recherche du chlorure de potassium dans l'iodure : il restait à savoir si elle pouvait être aussi employée à la détermination du bromure dans le même sel. M. Personne s'est assuré, par des expériences précises, qu'elle est on ne peut plus exacte pour ce dernier cas.

L'opération se fait de la manière suivante : on dissout, à froid, l'iodure soupçonné dans une suffisante quantité d'eau distillée, on y ajoute un excès de sulfate de cuivre en dissolution, puis on sature le mélange par l'acide sulfureux ; aussitôt que ce dernier est en excès, tout l'iode est précipité à l'état de proto-iodure de cuivre, tandis que le bromure reste indécomposé : on sépare par le filtre l'iodure cuivreux, que l'on peut peser après l'avoir lavé et séché. Les eaux du lavage étant réunies au liquide filtré, on y ajoute une nouvelle quantité de sulfate de cuivre et d'acide sulfureux, et on porte le mélange à l'ébullition : alors tout le bromure est décomposé à son tour et le brôme précipité à l'état de proto-bromure de cuivre, qui peut être dosé comme le premier.

Si l'on veut se contenter de déterminer la présence du brôme dans le mélange, il suffit, après avoir séparé l'iodure cuivreux par le filtre, de mettre le liquide dans un tube, d'y verser un peu d'éther et d'eau chlorée, puis d'agiter : par le repos l'éther vient nager à la surface en entraînant tout le brôme, qui le colore en jaune rougeâtre.

Cette méthode, par sa simplicité et son exactitude, est préférable à celle qui consiste à convertir le mélange en iodure et bromure d'argent que l'on sépare ensuite par l'ammoniaque ; car cette dernière donne presque toujours des résultats inexacts. (*Bulletin de thérapeutique, mars* 1846.)

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La *séance du* 21 *avril* a été consacrée à des lectures de rapports plus intéressantes pour les auteurs que pour les auditeurs.

Dans la *séance du* 28, M. Broussais lit une notice sur le climat et les maladies de l'Algérie.

Séance du 5 *mai.*

Rapport de M. Prus sur la peste et les quarantaines (fin).

M. Aubert-Roche communique à l'Académie une lettre du docteur Bowring, membre du parlement anglais, qui lui apprend que le rapport de l'Académie sera imprimé en Angleterre, par ordre de la chambre des communes.

La parole est à M. Prus pour continuer la lecture de son rapport.

Voici, sous forme de propositions, les conclusions administratives que la commission se croit en droit d'émettre sous forme de vœux :

§ Ier. *Indication des pays dont nous avons à craindre l'importation de la peste.* — Ces pays sont, en première ligne, l'Égypte, puis la Syrie, la Turquie d'Europe et d'Asie.

La régence de Tripoli, celle de Tunis, l'empire de Maroc, quoique présentant un moindre danger, exigent cependant une surveillance particulière.

§ II. *Précautions à prendre au départ des navires quittant des pays suspects pour se rendre en France.*—Tout capitaine d'un bâtiment quittant un des ports de l'Égypte, de la Syrie et de la Turquie pour se rendre en France, devra être porteur d'une patente délivrée, le jour même ou la veille du départ, par le consul français de la résidence.

A cette patente sera et restera annexé un certificat du médecin sanitaire français institué à cet effet, lequel constatera l'état de la santé du pays, celui des passagers et de l'équipage, ainsi que les conditions hygiéniques du bâtiment en partance.

La patente de santé sera *brute* quand règnera dans le pays du départ une épidémie pestilentielle ou même quand celle-ci sera imminente.

La patente de santé pourra encore être *brute* lorsque les pestes sporadiques seront susceptibles, par leur nombre et leur intensité, de faire naître des craintes relativement à la propagation de la maladie.

Dans tous les autres cas, la patente sera *nette* provisoirement et jusqu'à ce que des expériences que nous regardons comme indispensables, autant dans l'intérêt de la santé publique que dans celui des relations internationales, aient résolu d'une manière évidente pour tous la question de la non-transmissibilité de la peste par les hardes et les vêtements. Ces hardes ou vêtements seront ventilés en mer avec les précautions convenables, ou bien les malles contenant le linge et les habits des passagers et de l'équipage seront plombées au lieu du départ, et ne seront ouvertes que dans un lazaret français. Dans ce dernier cas, on ne laissera à la disposition des voyageurs et des marins que le linge et les vêtements nécessaires pour la traversée.

§ III. *Précautions à prendre pendant la traversée et lors des relâches.* Tout bâtiment de la marine royale, tout paquebot poste venant du Levant, aura à bord un médecin.

Il est à désirer que le médecin placé à bord du paquebot-poste ressortisse à l'administration de la santé de France.

Ces médecins veilleront à l'observation rigoureuse des lois de l'hygiène, surtout en ce qui concerne l'aération des navires.

Ils inscriront chaque jour sur un registre tout ce qui est relatif à la santé des personnes à bord. En cas de maladie, ils s'attacheront à indiquer avec précision les antécédents des malades, les symptômes, la marche, le traitement, le mode de terminaison de toutes les affections observées. Tous les soirs le capitaine arrêtera et signera ce registre, dont les feuillets seront cotés et paraphés par l'autorité désignée à cet effet.

Si le navire vient à relâcher pendant le voyage, le certificat délivré au port du départ sera visé par le médecin sanitaire de la résidence, lequel consignera ses observations sur l'état de la santé du pays et de la localité. La patente elle-même sera visée et modifiée, s'il y a lieu, par le consul.

Le médecin du bord tiendra note exacte de toutes les communications accidentelles ou autres qui pourront avoir lieu pendant la traversée, ainsi que de toutes les circonstances importantes pour la santé qui pourront se rattacher à ces communications.

Quant aux navires qui n'auront pas de médecin sanitaire à bord, M. le ministre du commerce fera rédiger une instruction spéciale destinée aux capitaines et contenant l'indication des signes auxquels on reconnaît la peste, des soins à donner aux pestiférés, des mesures à prendre pour prévenir la formation des foyers d'infection pestilentielle sur les navires, et pour les détruire s'ils viennent à se former.

Ces capitaines tiendront note, sur un registre coté et paraphé, de toutes les communications qui pourront avoir lieu, soit dans les ports de relâche, soit en mer, ainsi que de toutes les maladies éprouvées par les personnes à bord; ces notes seront inscrites au fur et à mesure des évènements.

§ IV. *Précautions à prendre à l'arrivée en France.*—Les capitaines des bâtiments de la marine royale, les capitaines des paquebots-postes et tous autres bâtiments ayant un médecin sanitaire à bord, remettront à l'autorité compétente :

1° La patente et le certificat de santé y annexé qui aura été délivré au port du départ;

2° Le journal tenu par le médecin du bord et constatant les maladies et faits médicaux survenus pendant la traversée.

Le médecin sanitaire du port d'arrivée, à qui ces deux pièces seront transmises, les examinera avec soin ; il se rendra ensuite à bord, constatera l'état de santé des passagers et des hommes de l'équipage, ainsi que les conditions hygiéniques du navire, et fera connaître le résultat de ses investigations dans un rapport dont le modèle sera tracé par l'administration.

Sur le vu de la patente et du certificat de santé délivrés au départ, du journal médical du bord et du rapport rédigé par le médecin sanitaire du port d'arrivée, l'autorité compétente prescrira la durée de la quarantaine et, s'il y a lieu, les mesures spéciales de désinfection à mettre en usage.

Pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord et venant d'Égypte, de Syrie ou de Turquie avec une patente *nette*, la quarantaine sera de dix jours pleins, *à partir du départ*, quand la peste ni aucune maladie suspecte ne se sera manifestée à bord pendant la traversée.

La quarantaine sera de quinze jours pleins, *à partir du départ*, pour les mêmes navires arrivant avec patente *brute*, s'il ne s'y est manifesté ni peste ni maladie suspecte avant le départ ou pendant la traversée.

Pour les navires du commerce n'ayant pas de médecin sanitaire à bord, il sera prescrit une quarantaine d'observation de dix jours pleins *à partir de l'arrivée*.

Lorsque les mêmes navires arriveront au port avec patente *brute*, mais sans avoir eu en mer ni peste ni maladie suspecte, ils subiront une quarantaine de rigueur de quinze jours *à partir de l'arrivée*.

Le bâtiment, quel qu'il soit, quelle que soit sa patente, qui aura eu pendant la traversée ou qui aura lors de son arrivée dans un port français un malade atteint de la peste ou d'une maladie suspecte, sera soumis à une quarantaine de rigueur, dont la durée sera déterminée par l'autorité sanitaire dudit port.

Les passagers et l'équipage seront transportés au lazaret et subiront une quarantaine qui sera de quinze jours au moins et de vingt jours au plus.

Les marchandises seront débarquées et aérées.

Le navire bien nettoyé, bien lavé, bien ventilé, bien purifié, restera vide pendant un mois au moins.

Des gardes de santé pourront être placés près du navire pour exercer sur lui la sur-

veillance jugée nécessaire. Mais il leur sera expressément défendu, ainsi qu'à toutes autres personnes, d'aller sur le navire en quarantaine, sous quelque prétexte que ce soit.

Les hardes et vêtements qui n'auront pas été ventilés en mer et qui seront arrivés au lazaret français dans des malles plombées au port de départ seront ventilés et subiront les purifications jugées convenables pour prévenir tout danger possible.

Les pestiférés admis dans les lazarets français devront y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires dans les établissements hospitaliers les mieux dirigés et les mieux tenus.

Les bâtiments destinés à les recevoir seront disposés de manière à assurer aux pestiférés et aux personnes qui les soignent les meilleures conditions hygiéniques, et surtout une aération facile et complète si nécessaire pour prévenir la formation des foyers d'infection pestilentielle.

Les médecins des lazarets recueilleront l'histoire complète de tous les cas de peste ou de maladie suspecte qui y seront traités. En cas de mort, ils consigneront dans un procès-verbal les résultats détaillés fournis par l'ouverture du cadavre.

§ V. *Mesures à prendre dans le cas où la peste viendrait à éclater dans une ville française.* — Si la peste se manifeste dans une maison, il faudra faire porter de suite le pestiféré dans un endroit éloigné et parfaitement aéré, où il recevra tous les soins que réclame son état. Tous les autres habitants se rendront dans un endroit désigné par l'autorité où ils seront soumis à la surveillance d'un médecin. La maison évacuée sera nettoyée, lavée, aérée, purifiée, et devra rester vide pendant un mois au moins.

Plusieurs maisons viennent-elles à être frappées, on tiendra pour chacune d'elles la conduite qui vient d'être indiquée. De plus, on excitera ou même on contraindra le plus grand nombre possible des habitants à sortir de la ville, en leur assignant des lieux de refuge et en les soumettant aux mesures d'isolement nécessaires pour empêcher la propagation de la maladie aux populations voisines.

Si des villes entières étaient le théâtre d'une épidémie de peste, ces dispositions devraient être mises à exécution sur une plus grande échelle et avec une rigoureuse sévérité ; mais les principes ne changeraient pas. Il faudrait toujours, d'une part, s'attacher à faire sortir des foyers épidémiques toutes les personnes non encore atteintes de la maladie ; de l'autre, isoler, disséminer les pestiférés en les plaçant dans des endroits élevés et bien ventilés, de manière à prévenir la formation de foyers d'infection pestilentielle.

Nous avons terminé, messieurs, la tâche que votre confiance nous avait imposée. Vous comprenez que, dans le grand nombre de questions qui ont dû être agitées, il était difficile qu'il se trouvât sur toutes une constante unanimité; aussi, messieurs, c'est l'expression de la majorité sur chacune d'elles que vous allez avoir à juger, la minorité se réservant de reproduire ses objections devant l'Académie. Est-il besoin d'ajouter que les décisions que vous allez prendre ne peuvent manquer d'exercer une grande influence sur notre régime sanitaire ? Vous savez, en effet, que M. le ministre du commerce a déclaré, le 14 juin dernier, à la Chambre des députés, qu'il mettrait à profit, dans la réforme à opérer, les conseils de l'Académie royale de médecine. Vous montrerez, messieurs, que c'est avec raison que le gouvernement vous regarde comme le corps le plus compétent dans les grandes questions d'hygiène publique.

Délibéré à Paris, le 29 avril 1846.

Fréd. Dubois (d'Amiens), G. Ferrus, Adelon, Ch. Londe, Poiseuille, Mélier, Dupuis, Prus, Pariset, H. Royer-Collard, Bégin.

Sur la proposition de M. le président, la discussion est renvoyée à quinzaine. L'Académie décide également que cette discussion sera divisée en deux parties : en discussion générale et en discussion des articles.

Séance du 12 mai.

M. Aubert-Roche adresse une lettre relative aux diverses substances anthelmintiques dont les Abyssiniens font usage contre le ténia, et particulièrement au cousso dont il présente quelques échantillons à l'Académie, de la part de M. Rochet d'Héricourt, pour servir à des expériences.

Pellagre.—M. Honoré lit une note sur un cas de cette espèce qui existe actuellement dans son service à l'Hôtel-Dieu.

M. Émery conteste que ce soit là un cas de pellagre. Il ne reconnaît point dans la description que M. Honoré vient de faire les caractères de l'éruption pellagreuse. Les symptômes généraux peuvent être rapportés, avec plus de raison, à un ramollissement du cerveau ou de la moelle.

M. Honoré réplique que, n'ayant jamais observé jusque-là la pellagre de ses propres yeux, il s'en est moins rapporté à ses propres impressions qu'à celles des médecins qui ont eu occasion de l'étudier. Il invoque notamment le témoignage de M. Brierre de Boismont qui a vu la pellagre en Italie et a publié un mémoire sur ce sujet.

M. le Président, conformément au désir de M. Honoré, invite nominativement MM. Émery et Rayer à aller visiter le malade.

—M. Belhomme présente le cerveau de deux aliénés qui ont succombé après avoir présenté les symptômes de la paralysie générale, et lit en même temps une note faisant suite à son mémoire sur la paralysie des aliénés et sur les

altérations du cerveau dans cette maladie. D'après ses recherches, la paralysie des aliénés est la conséquence du ramollissement de la pulpe cérébrale. Les membranes cérébrales sont toujours injectées, épaissies et opaques.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 avril.

M. Leroy (d'Étiolles) lit un mémoire sur un nouveau système de lithotritie dans lequel la pierre est réduite en poudre en quelques minutes au moyen d'instruments qui, par un mouvement d'oscillation latérale, promènent successivement sur tous les points de son diamètre soit des râpes, soit des lames qui la grugent avec rapidité.

M. Heurteloup lit un mémoire sur le même sujet.

— M. Deleau présente des instruments qu'il a inventés pour pratiquer la lithotritie dans une vessie artifielle.

—M. Bonjean adresse une quatrième note sur l'action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes. Ses expériences l'ont porté à conclure que l'ergotisme opère la cicatrisation parfaite des blessures artérielles, sans oblitération ni altération du calibre des vaisseaux. Cette substance lui a paru jouir aussi d'une grande efficacité pour obtenir la réunion par première intention dans les autres tissus.

MM. Roux et Duméril pensent que la compression que M. Bonjean emploie, tout en appliquant l'ergotine, suffit seule pour arrêter l'hémorrhagie fournie par les plus gros vaisseaux chez les moutons.

M. Flourens appelle l'attention sur ce fait important et neuf signalé dans la communication de M. Bonjean, savoir, l'arrêt du sang dans les vaisseaux sans qu'il y ait oblitération de leur calibre.

Séance du 4 mai.

Composition et propriétés nutritives du café. — M. Payen vient de trouver dans le café deux substances non entrevues auparavant : la cellulose et plusieurs autres corps organiques azotés. Afin de rechercher si aucune autre substance azotée que la caféine ne se trouvait dans la décoction de café, il a essayé de déterminer les proportions et la composition élémentaire des substances extraites par l'eau, soit froide, soit bouillante, du café à l'état normal (cru), ou après une torréfaction plus ou moins avancée. Il a constaté ces résultats : que pour cent parties de café normal contenant 2, 45 d'azote, ayant donné 75 de café torréfié brun qui ne contenaient que 1,77, la perte en azote, ou en substances organiques équivalentes, égale 0,68.

Lorsqu'on agit par une seule filtration, sans épuiser, comme c'est l'usage habituel, on extrait du café roux moitié en sus de ce que donne le café brun et plus d'un quart au delà de ce que laisse dissoudre le café marron. Les différences relatives des proportions d'huile essentielle ou d'arome sont dans le même sens.

Vient maintenant l'appréciation des propriétés nutritives du café, comparées à celles d'autres liquides, et cela de par les données de la chimie, ce qui ne doit pas être très concluant pour le physiologiste, surtout lorsqu'on se rappelle les belles choses dites autrefois sur la gélatine. Suivant M. Payen, le café à l'eau, préparé avec 100 grammes pour un litre, contient 20 grammes de substances alimentaires ; il représenterait trois fois plus de substance solide qu'un litre de liquide obtenu en faisant infuser 20 grammes de thé, et plus du double de substance azotée.

Mélangé avec partie égale de lait et convenablement sucré, il représenterait six fois plus de substance azotée que le bouillon.

Comparant ensuite le café dit de *chicorée* avec la café exotique, l'auteur établit, toujours par des chiffres, que, à couleur et à densité égales, la solution de chicorée contient moins de substances azotées que l'infusion de café.

Séance annuelle du 11 mai.

Dans cette séance, on a proclamé les prix décernés et les sujets de prix proposés.

— M. Arago a prononcé la biographie de Gaspard Monge.

Rapport sur le prix relatif au développement du fœtus, proposé en 1837 pour 1839, remis au concours pour 1843, et de nouveau pour 1846. (Commissaires: MM. Duméril, de Blainville, Flourens, Velpeau et Serres, rapporteur.)

L'intérêt qui s'attache aux études de l'organogénie et de l'embryogénie comparée s'accroît d'année en année ; plus on pénètre profondément dans les voies mises en œuvre par la nature pour développer les êtres organisés, plus on voit s'agrandir le cercle de leurs applications.

Afin de suivre ce mouvement de la science, et de la diriger vers une partie trop négligée, l'Académie avait remis au concours, pour sujet du grand prix des sciences physiques à décerner en 1843, la question suivante :

« Déterminer par des expériences précises quelle est la succession des changements chimiques, physiques et organiques qui ont lieu dans l'œuf pendant le développement du fœtus chez les oiseaux et les batraciens.

» Les concurrents devront tenir compte des rapports de l'œuf avec le milieu ambiant naturel ; ils examineront, par des expériences directes, l'influence des variations artificielles de la température et de la composition chimique de ce milieu. »

Un seul mémoire a été envoyé au concours, et l'auteur, au lieu d'envisager la question sous le point de vue expérimental, ainsi que le recommandait le programme, ne l'a considérée que d'une manière hypothétique. Il n'en a pas même effleuré la solution.

D'après cette circonstance, la commission eût proposé à l'Académie de retirer la question

du concours ; mais des communications faites à l'Académie ont fait connaître que deux personnes s'en sont occupées d'une manière très sérieuse.

Le temps seul a manqué aux concurrents pour pouvoir déposer leur mémoire au terme prescrit par le programme. — D'après cette considération, la commission propose à l'Académie de laisser encore la question au concours jusqu'au 1er avril 1847.

Annonce des prix décernés pour l'année 1844. —Sciences physiques.—Prix de physiologie expérimentale. — Rapport sur le prix de physiologie expérimentale pour l'année 1844. (Commissaires : MM. Milne-Edwards, Serres, Magendie, de Blainville et Flourens, rapporteur.)

La commission n'a reçu aucun ouvrage de *physiologie expérimentale* proprement dite. En conséquence, elle a dû porter son attention sur les ouvrages qui lui ont paru se rapprocher le plus de cette science.

Or, entre les ouvrages adressés pour le prix de *physiologie expérimentale* de l'année 1844, il s'en est trouvé deux qui lui ont offert ou des vues de physiologie générale très importantes, ou des matériaux précieux pour l'embryologie animale. Le premier de ces deux ouvrages est de M. Agassiz, et se compose de deux parties, dont l'une est l'*histoire des poissons fossiles*, et l'autre l'*histoire des poissons d'eau douce de l'Europe centrale*.

La commission accorde le prix de physiologie expérimentale à M. Agassiz pour ses travaux sur les *poissons vivants* et sur les *poissons fossiles*.

Le second ouvrage pour lequel la commission propose à l'Académie d'accorder aussi un prix est de M. Bischoff, et il a pour titre : *Histoire du développement de l'œuf et du fœtus du chien*.

Enfin, la commission accorde une *mention honorable* aux observations par lesquelles M. Raciborski a étendu à l'espèce humaine le résultat des belles recherches de M. Pouchet (couronnées l'année dernière par l'Académie) concernant l'ovulation spontanée des mammifères.

Prix de médecine et de chirurgie.—Rapport des prix de médecine et de chirurgie pour l'année 1844. (Commissaires : MM. Rayer, Serres, Roux, Magendie, Duméril, Velpeau, Andral, Pariset et Milne-Edwards, rapporteur.)

La commission a terminé son rapport de la manière suivante :

En résumé, la commission a jugé qu'aucun des travaux soumis à son examen ne contenait une découverte assez importante pour mériter un prix ; mais elle a pensé que plusieurs étaient dignes de récompense ou d'encouragements, et, conformément aux décisions qu'elle a prises, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie d'accorder :

1° Une somme de 1,500 fr. à M. Amussat, comme *récompense*, pour ses expériences et ses observations sur les blessures des vaisseaux artériels ;

2° Une somme de 1,200 fr. à M. Bonnet, comme *récompense*, pour ses recherches sur les maladies des articulations ;

3° Une somme de 600 fr. à MM. Alfred Becquerel et Rodier, comme *encouragement*, pour leurs travaux sur la composition du sang de l'homme à l'état de santé et à l'état de maladie ;

4° Une somme de 500 fr., également à titre d'*encouragement*, à M Réveillé-Parise, pour ses observations sur l'emploi des feuilles minces de plomb dans le pansement des plaies ;

5° Une pareille somme, au même titre, à M. Morel-Lavallée, pour son mémoire sur les luxations de la clavicule.

Enfin, la commission propose aussi de décerner une *mention honorable* à M. Donné, pour ses travaux de microscopie appliquée à l'étude pathologique des liquides de l'économie, et d'accorder la même distinction à M. Clias pour ses méthodes de gymnastique.

NOUVELLES MÉDICALES.

Légion-d'Honneur. — M. Serres (de l'Institut) a été nommé commandeur et M. le professeur Dubois, officier.

M. Vastel, membre correspondant de l'Académie de médecine, professeur à l'École de médecine de Caen, médecin de la maison des aliénés de la même ville, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

A ces nominations et à celles déjà citées dans notre dernier numéro, nous avons à ajouter les suivantes :

MM. les docteurs Michel Lévy, médecin en chef et premier professeur à l'hôpital militaire de Metz, Sigaud, premier médecin de l'empereur du Brésil, l'Heritier, Hœfer, Marchal (de Calvi), Amédée Latour, Combes (de Toulouse), Lenoir, Michon, Oliffe, Grisolle, Lagasquie, Mandl et Rampon.

—Dans la séance de la Chambre des députés du 27 avril dernier, le ministre de l'instruction publique a présenté un projet de loi portant demande d'un crédit de 231,000 fr. Sur cette somme, 48,000 sont affectés à l'achèvement de l'hôpital des Cliniques de Paris et à la construction d'une infirmerie exclusivement destinée aux élèves des Facultés de médecine et de droit. 60,000 fr. environ serviront à compléter l'Ecole de pharmacie de Montpellier ; 30 et quelques mille francs seront donnés à la Faculté des sciences et 135,000 à la Faculté de médecine de la même ville. Cette dernière somme sera employée à l'établissement d'un musée d'anatomie normale et pathologique, qu'il est urgent de construire au plus tôt. M. Orfila a déjà fait expédier à la Faculté de Montpellier un grand nombre de pièces d'anatomie pathologique préparées par le docteur Thibert. Il a l'intention de proposer au ministre d'enrichir encore cette Faculté par l'envoi d'autres pièces du même genre et d'une partie de celles qui composent la collec-

tion en cire de Dupont, et qui ornent actuellement le musée Dupuytren.

— *Nominations dans la garde nationale.* Par ordonnances royales des 6 et 7 mai, ont été nommés dans la 11e légion de Paris : M. HARACQUE, chirurgien-major ; 1er bataillon, M. DUCHESNE, chirurgien aide-major ; 2e bataillon, M. GASNAULT, id. ; 3e bataillon : M. CULLERIER, id. ; 4e bataillon, M. BARTH, id.

— Le Conseil général des hôpitaux, dans sa séance du 30 avril dernier, vient d'autoriser M. le docteur F. CHENEAU à faire l'application de sa méthode de traitement contre l'épilepsie sur les malades de l'hospice de Bicêtre atteints de cette affection.

— D'après une ordonnance ministérielle, MM. les docteurs Bertulus et Dor ont été nommés médecins du collége royal de Marseille.

—*Dissections à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris.*—Il y a trois mois environ, M. Orfila écrivit à M. le préfet de police pour lui annoncer les beaux résultats qui venaient d'être obtenus à l'école pratique, et pour le prier de vouloir bien les faire constater par une commission du conseil de salubrité. Quelques jours après, MM. Beaude, Guérard, Bussy et Chevalier se rendirent à la Faculté, et, après avoir visité en détail toutes les salles de dissection, chargèrent M. Guérard de faire un rapport au conseil. Voici en quels termes M. le préfet de police a répondu à M. le doyen le 3 de ce mois :

« Le conseil a reconnu que, par suite des recherches de M. le docteur Sucquet, les études anatomiques viennent de subir la *plus complète transformation* au point de vue de l'hygiène. D'après les faits dont il a été le témoin et qu'il expose dans son rapport, le problème de la désinfection et de l'assainissement des pavillons d'anatomie lui paraît résolu de la manière la plus satisfaisante; aussi le conseil espère que les amphithéâtres d'anatomie de l'École de médecine n'exciteront plus dorénavant les plaintes du voisinage, et que les étudiants pourront se livrer, sans danger pour leur santé et avec le plus grand avantage pour leur instruction, à la pratique des dissections. Enfin le conseil émet le vœu que les nouveaux procédés d'assainissement dont il s'agit soient employés dans tous les amphithéâtres de dissection.

» Je suis heureux, monsieur le doyen, en vous communiquant les résultats de cette visite, de trouver l'accasion de vous remercier de m'avoir mis à même de les constater. Je n'ignore point, du reste, qu'ils sont entièrement dus à vos constants efforts pour l'amélioration des différents services qui vous sont confiés. »

Si nous sommes bien informé, le conseil des hospices, dans sa séance de mercredi dernier, aurait décidé, sur la proposition de M. Orfila, que les procédés d'assainissement qui ont été mis en usage depuis six mois à l'École pratique seraient appliqués à l'amphithéâtre de Clamart à dater du mois d'octobre prochain.

— Il vient de se constituer à Paris une société prenant le titre de *Société protectrice des animaux*. Elle vient d'être approuvée par le gouvernement. Son but est de poursuivre par tous les moyens la répression des mauvais traitements exercés sur les animaux. M. Pariset en a été élu président et M. le docteur Flandin vice-président.

— M. Raspail vient d'être traduit en police correctionnelle, sur la poursuite de l'Association des médecins de Paris, pour exercice illégal de la médecine. On sait que M. Raspail est auteur d'un nouveau système de médecine et de thérapeutique dans lequel le camphre joue le rôle de panacée universelle, système qui est même en grande faveur dans les diverses classes de la société parisienne. M. Raspail, n'étant pas médecin, avait dû s'associer un docteur en médecine pour ses consultations, annoncées dans les journaux politiques ; un agrégé honoraire de la Faculté de médecine de Paris était son agent responsable. Cette formalité n'a pas paru suffisante. Le tribunal a condamné M. Raspail à 15 francs d'amende et aux dépens.

Les dentistes sans diplôme ont été plus heureux. La Cour de cassation vient de casser l'arrêt de la Cour royale de Paris qui déclarait exercice illégal de la médecine l'art du dentiste pratiqué par des personnes non pourvues de titres légaux. L'arrêt de la Cour suprême se fonde sur ce motif que la loi n'a rien prévu à cet égard.

— Une méprise bien regrettable vient de compromettre l'avenir d'un de nos confrères les plus méritants. Ce jeune médecin, bien connu dans la presse médicale, était sur le point de contracter en province un riche mariage, lorsque la famille de la jeune personne écrivit à un chirurgien des hôpitaux de Paris pour lui demander quelques renseignements. Celui-ci fit les plus grands éloges du caractère et du savoir du prétendant, qu'il connaissait beaucoup; mais il termina sa lettre par une phrase équivoque qui perdit complètement notre confrère dans l'esprit de sa fiancée. « Je ne connais, disait-il, qu'un seul défaut à la personne dont vous me parlez, c'est celui de trop *produire*. » Ce dernier mot fut mal interprété ; on crut à des écarts compromettants de jeunesse et on congédia le futur mari, qui n'était coupable, cependant, que de productions médico-chirurgicales.

(*Gazette des hôpitaux.*)

—Les affections les plus simples prennent facilement, sous le climat de Marseille, le caractère épidémique. Ainsi, à la petite vérole a succédé, le mois passé, une épidémie d'esquinancie, et maintenant c'est le tour des oreillons, dont tous les praticiens ont observé un grand nombre de cas depuis quelques jours. (*Clin. de Marseille.*)

— Un concours pour la place de chef de clinique chirurgicale, ouvert le 25 mars dernier devant la Faculté de médecine de Montpellier,

s'est terminé par la nomination à l'unanimité de M. Puig.

— M. le docteur Chrestien, rédacteur de la *Gazette médicale de Montpellier*, et agrégé en exercice de la Faculté de la même ville, vient d'être appelé devant le Conseil académique, par suite d'une plainte dirigée contre lui par les juges du dernier concours, à raison d'un article intitulé : *Concours* Boyer, inséré dans le numéro du 15 décembre de son journal. M. Chrestien a répondu que ce n'est pas en qualité d'agrégé qu'il dirige la *Gazette médicale* de Montpellier, mais en vertu de ses droits de citoyen français. La *Gazette médicale* de Montpellier date de 1840, et M. Chrestien n'a été nommé agrégé qu'en 1843.

— M. le docteur Labat, premier médecin du shah de Perse, et chirurgien en chef des armées, est récemment arrivé à Paris.

Après avoir parcouru la Russie, depuis Saint-Pétersbourg jusqu'aux embouchures du Volga, il s'est rendu à Téhéran, auprès du shah, que des attaques de goutte avaient réduit à un état presque désespéré. La violence du mal céda au traitement du docteur Labat, et dès lors le souverain se plut à le combler des marques les moins équivoques d'une munificence toute royale.

Nommé successivement mirza, bey et khan, distinction qui marquait son rang immédiat après celui des princes du sang, M. Labat a reçu en outre de nombreux présents d'un très grand prix.

Le mauvais état de la santé du docteur Labat l'a empêché de continuer ses soins au shah de Perse; comme ce prince a une confiance particulière dans les savants français, le docteur Ernest Cloquet, médecin français établi à Constantinople, a quitté cette ville pour se rendre dans la capitale de la Perse.

Rouen. — Une pauvre femme a récemment mis au monde à l'Hôtel-Dieu, après une heure et demie de souffrance, trois enfants bien constitués, deux filles et un garçon.

— La Société royale des sciences de Goettingen a mis au concours pour 1848 une question ainsi conçue :

« On désire que la nature de *l'asthme spasmodique chez les adultes* soit élucidée davantage, et que surtout il soit recherché dans quelles circonstances cette maladie peut se présenter comme une affection dépendante d'une autre altération; ensuite on demande qu'on établisse de quelle manière on peut distinguer cette maladie des autres espèces d'asthme et des affections qui se présentent sous forme d'attaques asthmatiques. »

Le prix est de 50 ducats.

Les mémoires doivent être remis francs de port, avant la fin de septembre 1848, au secrétaire de la Société.

— On vient de fonder à Rome un hôpital allemand évangélique.

— La rhubarbe est actuellement cultivée sur une grande échelle dans les environs de Brünn, en Autriche. Des quantités considérables de cette racine sont annuellement versées dans le commerce et exportées à l'étranger.

— La fièvre typhoïde exerce de si grands ravages dans le village de Maquinneville (Somme), et la terreur inspirée par la contagion est telle, qu'un mari s'est trouvé dans l'affreuse nécessité d'ensevelir sa femme de ses propres mains.

La fièvre typhoïde fait aussi de grands ravages à Dublin et dans plusieurs comtés d'Irlande.

— La Faculté de médecine de Berlin vient de recevoir un costume officiel. D'après la *Gazette d'Augsbourg*, les professeurs seraient habillés d'écarlate ou de rouge comme ils le sont en France.

Algérie. On écrit d'Oran que la mortalité dans les hôpitaux va sans cesse en augmentant, et que, dans les trois derniers mois de l'année qui vient de s'écouler, près de mille décès ont eu lieu dans la seule province d'Oran.

— Il est question d'établir à Alger une succursale de l'Hôtel royal des Invalides, dans le genre de celle qui existe à Avignon, et d'y entretenir particulièrement les soldats invalides affectés de certaines maladies auxquelles le climat de l'Algérie serait très favorable.

— *Constantinople.* Le sultan vient d'ordonner que les femmes esclaves qui mourraient sur le marché seraient livrées aux élèves de l'École de médecine pour leurs travaux anatomiques. L'autopsie du cadavre d'une femme esclave a eu lieu pour la première fois au local de l'École, en présence d'une assemblée turque fort nombreuse.

— Une vente d'opium, qui a eu lieu il y a quelques mois à Calcutta, a produit la somme de 20,000,000 de francs.

—Le choléra ravage plusieurs provinces de la Perse ; il a été introduit par les caravanes de Steret dans le Khorasan, et s'est répandu de là au midi dans le Kerman et à l'ouest dans les pays marécageux de Massendheran et de Ghilon, où il a fait de grands ravages. A Mesched, un tiers de la population a succombé, à Téhéran et à Ispahan, la population de quartiers entiers a disparu.

Errata. Dans l'annonce du prix Monnikhoff, au lieu de Ulolik, lisez Vrolik.

Dans celle du prix offert par MM. Antonio et Cesare Garbiglietti, à Turin, lisez Garbiglietti, au lieu de Castiglioni. Plus loin, au lieu de signes statistiques, lisez signes statiques.

Nécrologie.

M. le baron Barbier, ancien chirurgien en chef et professeur au Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine, et chevalier de la Légion-d'Honneur, vient de mourir à l'âge de 79 ans, en son hôtel, rue de Baune, 1.

Le corps médical de Bordeaux vient de perdre M. Mabit père, directeur de l'Ecole de médecine de Bordeaux et médecin honoraire de l'hôpital de Saint-André.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 2e SEMESTRE DE LA 13e ANNÉE.

1845—1846.

A.

Abcès froid.— Injection iodée. 114
—*par congestion.* — Guérison. 113
—*du cou*, ouvert spontanément; vomissement de sang mortel. 68
Abortive (Méthode). 117
Abus des médicaments alcalins. 247
Accouchements difficiles. — Moyens dynamiques prophylactiques. 29
—*prématuré artificiel* (De l'). 28
Acide hydrochlorique en topique dans le muguet. 115
—*prussique.*— Antidote. 69
Aconit-napel.—Emploi externe. 123
—Emploi interne dans la diathèse purulente. 202
Acupuncture dans une paralysie de l'avant-bras. 114
Affections gastriques et intestinales.— Sel marin. 201
ALAMIR CARCENAC. — Le Formulaire des formulaires. 61
Alcalins. Diabète sucré. 249
— (Abus des). 247
ALESSI.— Ver siégeant dans les chambres de l'œil. 206
Aliénés.— Sur leur traitement. 60
ALLNATT.— Du fiel de bœuf. 123
Alopécie.— Pommade pour la prévenir. 125
Amaurose guérie par les révulsifs et le gaz hydrogène azoté. 25
— Trois cas guéris par le galvanisme. 31
— *traumatique.*— Galvanisme. 140
Amnios chez les oiseaux. 245
Amputation tibio-tarsienne chez un enfant de 5 mois. 69
Amygdalite.— Méthode abortive. 117
Anatomie humaine (Traité d'). 112
Anévrysme de l'aorte (Obs. de). 186
—*ascendante* ouvert dans la veine-cave. 23
— *poplité.* Galvanopuncture. 252
Angine couenneuse et fièvre typhoïde chez le même sujet. 9
Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques. 157
— de thérapeutique. 112
Antagonisme pathologique. 163
Anthropologie. 111
Arabique (*Traitement*) (Du). 17
ARNAL.— Ergot de seigle. 22
Arsenic dans les fièvres intermittentes. 61, 65
Arthrocace cervicale.— Guérison. 183
Assainissement des amphithéâtres d'anatomie. 129, 171, 261
Avortements (7 *successifs*). — Neuvième grossesse menée à terme. 117
Azotate de potasse.—Voy. *Nitre.*

B.

Bains alcalins contre l'obésité. 159
Bandages dextrinés dans l'eczéma. 246
BARRIER.—Traité pratique des maladies de l'enfance. 8
BEAUNIER.—Spina-bifida. 149
Bebeerine. — Ses propriétés médicales. 254
Bégaiement (Études sur le). 129
BEHREND.—Lycopode dans la diarrhée des enfants. 119
— Toux périodique nocturne des enfants. 250
BELHOMME.—Traitement des aliénés. 60
BÉRARD (A.).—De la mydriase. 25
— Piqûre des nerfs. 89
— Hématocèle spontanée. 162
BERTON et LEHUBY. Formulaire thérapeutique. 244
BICHAT (Funérailles de). 40
BLANDIN.—Acupuncture dans la paralysie. 114
Blépharophthalmie purulente. 205
BOCCACCINI.—Céphalalgies; valérianate de zinc. 252
BONNAFONT. — Surdité; galvanisme. 213
BOSSU.— Anthropologie. 111
BOUCHARDAT.— Manuel de matière médicale. 112
— Annuaire de thérapeutique. 112
— Supplément à l'annuaire. 112
— Diabète sucré. 134
BOUDET (E).—Inconvénients de la solution d'émétique à haute dose. 70, 255
BOUISSON (Prof.) —Extraction des phalanges nécrosées pour remplacer l'amputation. 105
— Traitement des pertes séminales. 116
— De la lymphe. 195
BOULONGNE.— Trombus vulvo-périnéal. 103
BOURDIN.—Du suicide considéré comme maladie. 244
BOYER (Prof.).—Du suc gastrique. 35
BOYER (Lucien).— Polypes utérins. 171
BRACHET. — Système nerveux ganglionnaire. 35
BRICHETEAU.—Antagonisme pathologique. 163
— De la nécrose des os maxillaires. 247
BRIGHAM.—Ablation de 17 pouces des petits intestins. 32
BRIQUET.— Tartre stibié dans la phthisie. 113
— Nitre contre la fièvre intermittente. 162
Bronchite capillaire.— Ipécacuanha. 119
— compliquée.— Observation. 177
— *chronique.*— Tartre stibié. 66

C.

CABARET.— Biographie de Garengeot. 217
Cachou de Bologne (Formule du). 125
Cade (*Huile de*).— Son emploi thérapeutique. 200
Café. — Propriétés nutritives. 259
— *au lait* (Du). 248
CALDERINI.— Pellagre. 167
CALLOUD.— De la santonine. 105
Camphre dans la chorée. 118
Cancer de l'orbite.— Extirpation et cautérisation, 116
Cantharides dans la pneumonie. 121
CARON.—Du café au lait. 248
CASTIGLIONI.— De la gomme-gutte. 121
Cataplasmes froids. 21
Cataracte.— Études pratiques. 95, 144
Cautérisation au nitrate d'argent dans des affections de la vulve. 185
— *au fer rouge* contre la résorption purulente. 202
Céphalalgie. Valérianate de zinc. 252
Chambeyron.— Sur la folie. 155
CHARCELLAY.— Traitement abortif de la variole. 212
CHASSAIGNAC.—De l'écoulement séreux des oreilles. 23
Chaulage des blés. 36
CHIMINELLI.— Guérison d'une fistule salivaire. 68
Chlorose (États morbides simulant la). 163
— *des plantes.*— Sels ferrugineux. 72
Chorée guérie par le camphre. 118
CINISELLI.—Galvanopuncture artérielle. 252
Cirrhose (Observation de). 181
CITTADINI.— Invagination intestinale. 206
Clientèle de médecin.— Peut-elle faire l'objet d'un contrat de vente? 175, 216
COCA.— Plaie pénétrante de la poitrine. 122
Cœur (Dilatation du). 186
— Concrétions polypiformes. 172
Collyre de térébenthine. 247
COMPIGNY (de).—Tétanos traumatique guéri par l'opium. 203
Concrétions polypiformes du cœur. 172
CONGRÈS MÉDICAL.— Ses travaux. 3
Constipation.— Du fiel de bœuf. 123
— *par inertie des intestins* (De la). 24
— — Lavements astringents. 24
— — — d'eau froide. 24
— — Noix vomique. 24
Constitutions médicales. 133
Contracture essentielle. 64
Coqueluche.— Musc. 119
CORRESPONDANTS NATIONAUX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (Élection de). 169
CORRIGAN.— Variété peu connue d'ictère. 69
COSSY.— Anévrysme de l'aorte. 23
COUDRAY.— Traitement du muguet. 115
Créosote dans les affections papuleuses. 246
CRUVEILHIER.— Guérison d'une arthrocace cervicale. 183

D.

Dartres hémorrhoïdaires. — Eau de goudron. 165
Delirium tremens chez un enfant de cinq ans. 66
DELORD.—Sur le Sénégal et la dysenterie. 245
DENTISTES.— Peuvent-ils exercer sans diplôme? 39, 174, 261
Déontologie médicale. 44, 106, 151
Désinfection des cadavres. 75, 261
DESMARRES.— Emphysème des paupières. 25
— Synchysis étincelant. 26
— Études sur la cataracte. 95, 144
— Opérations de pupille artificielle. 235
DESRUELLES.—Maladie de J.-J. Rousseau. 243
DEVERGIE.— Prejugé relatif aux affections cutanées. 114
— Pommade contre l'eczéma. 124
— Bandages dextrinés contre l'eczéma. 246
Diabète sucré (Observations de). 45, 94, 134 223
— Médication alcaline. 160, 249
Diarrhée.— Nitrate de bismuth associé au charbon. 10
— *des enfants.*— Lycopode. 119
Diathèse purulente.— Traitement. 202
Diathèses (Histoire générale des sept). 246
DIEU.—Traité de matière médicale et de thérapeutique. 245
Dieulafoy.— Injection iodée dans le péritoine. 126
Digestion des matières amyloïdes et sucrées. 213
Digitale.— Moyen de reconnaître son efficacité. 67
Digitaline (Un mot sur la). 149
Dilatation du cœur. 186
DITTERICH.— Nitrate d'argent dans la ménorrhagie. 165
DORVAULT. — Formule du cachou de Bologne. 125
Douleurs lombaires dans la métrite. 224
DROULLIN (de).— Cancer de l'orbite. 116
DUCROS.— Sulfate de quinine par la méthode pharyngienne. 172
— Ether sulfurique *id.* 173
DURAND.— Théorie nouvelle de l'intermittence. 170
Dysenterie observée au Sénégal. 245

E.

EADES.— Emploi externe de l'aconit. 123
EBRARD.— Pommade iodurée dans le lombago. 25
Écoulement séreux des oreilles. 23
ECZÉMA.— Huile de cade. 200
— (Pommade contre l'). 124
— bandages dextrinés. 246
— chronique de la mamelle. 9
EGAN — De l'ulcération phagédénique. 123
Électrique (Jeune fille). 130, 171, 173
Éloge de Larrey. 76
Emphysème des paupières. 25
Emplâtre de Vigo dans la variole. 212
Empoisonnement par la strychnine. 160
— par du thon. 22

Entorses.— Galvanisme. 161
Épidémie particulière à St-Denis (île Bourbon). 12
Epilepsie guérie par le nitrate d'argent. 8
Ergot de seigle. — Nouveaux essais. 22
Erythème noueux. — Se complique d'un élément fébrile. 223
ESCOLAR.— Observations d'amaurose. 25
Ether sulfurique par la méthode pharyngienne. 173

F.

FABRÈGE.— Bains de sublimé. 163
FALKEN.—Moyen de reconnaître l'efficacité de la digitale. 67
FANTONETTI.—Sabine dans la métrorrhagie. 68
Farcin aigu (Observation de). 93
FAURE.— Typhus différant de la fièvre typhoïde. 170
FAVROT.— Anévrysme de l'aorte. 186
Fébrile (*État*).—Ses relations avec la température et la fréquence du pouls. 222
Fer (*Sous-carbonate de*).—Ses effets sédatifs. 250
Ferrugineux dans l'incontinence d'urine. 201
Fiel de bœuf dans la constipation. 123
Fièvre avec ictère et crampes. 104
— *congestive* (cas de). 31
— *intermittente.*— Théorie nouvelle. 170
— — De son antagonisme avec la phthisie. 163
— — à périodes interverties. 104
— — chez les jeunes enfants. 141
— — gangréneuse. 30
— — Nitre. 162
— *rémittente* de forme typhoïde. 92
— *typhoïde* et angine couenneuse. 9
— — Péritonites sans perforation. 221
— — *charbonneuse.* 181
Fissure à l'anus.— Traitement. 204
Fistule salivaire.— Guérison. 68
—*s de la face* liées à des maladies dentaires. 50
Folie.— Sa nature, son traitement. 155
FOLLET.—Épidémie de St-Denis (Bourbon). 12
Formulaire des formulaires. 61
Formulaire thérapeutique et de matière médicale. 244
Fractures du rocher.—Écoulement séreux des oreilles. 23
FRENCH.—Fausse ankylose de la mâchoire inférieure. 255
FROMENT.— Traité d'anatomie humaine. 112

G.

GAILLARD.—Histoire des sept diathèses. 246
GALIAY.—Empoisonnement par du thon. 22
GALVANI.—Préparation du valérianate de quinine. 67
Galvanisme dans l'amaurose. 31
— contre l'entorse, le lumbago, etc. 161
— contre la paralysie traumatique. 139
— contre la surdité. 213
Galvanopuncture contre un anévrysme poplité. 252
Gangrène à la suite des fièvres intermittentes. 30
— *sénile.* — Traitement. 254
GARENGEOT (Biographie de). 217
GILLEBERT-DHERCOURT.—Sur l'hydrothérapie. 245
GINTRAC (H).— Arsenic dans la fièvre intermittente. 65
— Tartre stibié dans la bronchite chronique. 66
— Etats morbides simulant la chlorose. 163
GIOCONDINO.— Splénoncie sanguine. 166
GIRARDIN.—Du chaulage des blés. 36
GIRAUD.— Fistules de la face liées à des caries dentaires. 50
Glande vaginale. 211
Glaucomateuses (Affections). 171
Gomme gutte.—Son action élective. 121
Gomme kino.—Son origine. 69
GORRÉ.—Luxations anciennes. 137
— Paralysies traumatiques ; galvanisme. 139
GOURAUD (H). Des hallucinations. 236
GOWER.—Tic douloureux. 168
GREPPO.— Méthode abortive de l'amygdalite. 117
GRIS.— Chlorose des plantes. 72
Grossesse menée à terme après sept avortements successifs. 117

H.

Hallucinations (Des). 236
HASTINGS. — Ponction des excavations tuberculeuses. 255
HAUSE.— Préparations de noyer. 204
HAUTE COMMISSION DES ÉTUDES MÉDICALES. —Sa composition. 36
Hématocèle spontanée. 162
Héméralopie (cas curieux d'). 213
Hémorrhoïdaires (*dartres*).—Eau de goudron. 165
Hémorrhoïdes de la vessie. 164
Hernie inguinale.— Séton. 28
— *ombilicale* chez les jeunes enfants. 56
HERPIN.— Etudes sur le kermès. 62
HOHL.— Delirium tremens chez un enfant de cinq ans. 66
HOOPER —Guérison d'une rage confirmée. 168
Hôpitaux de Naples. 167
HUGUIER — De la glande vaginale. 211
Huile de cade. 200
— de foie de morue. 27
— *de térébenthine* dans le purpura. 207
Humeur aqueuse. — Inflammation de sa membrane. 169
HUSCHKE — Traité de splanchnologie. 44
Hydarthrose du genou.— Injection iodée. 10
— *scapulo humérale.*— Id. 35
Hydrocèle.— Id. 116
Hydropisie ascite — Id. 126
— *de l'ovaire droit.*—Guérison spontanée. 67
Hydrothérapie. 245

I.

Ictère.—Variété encore peu connue; ipécacuanha. 69
Incontinence d'urine.— Observations. 148
— (Ferrugineux dans l'). 201
Injections iodées.— Discussion. 70, 71, 125
— dans un abcès froid. 126
— dans les hydarthroses. 10, 125
— dans l'hydrocèle. 116
— dans le péritoine. 126
Intestins (Ablation de 17 pouces des petits). 37
Invagination intestinale. 206
Iode dans les maladies des enfants. 63
— comme réactif médico-légal. 36
Iodure de potassium. — Falsification par le bromure. 256
Iodurée (*pommade*) dans le lumbago. 25
Ipécacuanha dans la bronchite capillaire. 119
— dans une variété d'ictère. 69

J.

JACQUART. Amnios chez les oiseaux. 245
JAFFÉ.— Dartres hémorrhoïdaires. 165
JANSSENS.—Rupture spontanée de la rate. 118
JOBERT. — Injection iodée dans un abcès froid. 114

K.

KEMMERER.— Incontinence d'urine. 148
Kermès (Études cliniques sur le). 62
KRAUSE.— Hémorrhoïdes de la vessie. 164

L.

LABORIE.— Débridement du col utérin. 159
LABUS.—Anatomie pathologique du tétanos. 120
LAFARGUE.— Vésicatoires ammoniacaux. 201
LALLEMAND. — Traitement de la phthisie pendant l'hiver. 127
LANDOUZY.— Productions piliformes de la langue. 129
Langue (Productions piliformes de la). 129
LARREY (Éloge de). 76
LARUE (de).— Digitaline. 149
LASÈGUE.— Du sel marin. 201
LASSAIGNE.— De l'iode en médecine légale. 36
LATIL.— Guérison d'un spina bifida. 63
LAUGIER.—Collyre de térébenthine. 247
Lavements astringents. 24
— *d'eau froide* dans la constipation. 24
LECLUYSE.—Du sous-carbonate de fer. 250
LEFÈVRE.— De la santé publique à Rochefort. 17
LEFÈVRE (de St-Pétersbourg).— Musc dans la coqueluche. 119
LEHUBY et BERTON.—Formulaire thérapeutique. 244
LISFRANC.—Précis de médecine opératoire. 199
Lithotritie.— Cassure de l'instrument. 101
LOREAU. — Organistion de la médecine rurale. 157
LORINSER.— Nécrose des os maxillaires. 165
Lumbago.— Galvanisme. 161
Lumbago. — Pommade iodurée. 25
Luxation de l'avant-bras réduite au 156e jour. 137
— *du fémur* réduite au 33e jour. 138
Lycopode dans la diarrhée des enfants. 119
Lymphe (De la). 195

M.

MACLAGAN. — De la bebeerine. 154
MAGAZINER(Von).—Blépharophthalmie purulente. 205
MAGNE.— Cas curieux d'héméralopie. 213
Maladie de J.-J. Rousseau. 243
Maladies de l'enfance (Traité des). 18
—produites par la fabrication des allumettes chimiques. 130
Maladies vénériennes.—Clinique de M. Ricord. 230
MANUNTA.— Fièvre intermittente gangréneuse. 30
MAROTTE.— Contracture essentielle. 64
MARTIN-LAUZER.— Bronchite capillaire. 177
MARTIN-MAGRON.— Traitement du diabète sucré. 160
Matière médicale (Manuel de). 112
Matière médicale et thérapeutique (Traité de). 245
MAUGENEST. — Fièvre intermittente à périodes interverties. 104
MAXWELL. — Vomissement de sang mortel par suite de l'ouverture d'un abcès du cou. 68
Médecine étiologique. 158
— *opératoire* (Précis de). 199
— *rurale.*— Son organisation. 157
Médecins de Paris (Les) jugés par leurs œuvres. 61
MÉLI.— Résorption purulente. 202
Mémorial thérapeutique et pharmaceutique. 44
MENDINI.—Cantharides dans la pneumonie. 121
Méningite tuberculeuse des enfants. 158
Menstruation exagérée.— Nitrate d'argent à l'intérieur. 165
Métrite.—Douleurs lombaires. 224
Métro-péritonites. 133
—(Arrêt de décroissement de l'utérus dans les). 183
Métrorrhagie. — Sabine. 68
MEYNIER.—Exomphale des jeunes enfants. 56
MIALHE.— Traitement du diabète sucré. 160
— Digestion des matières amyloïdes et sucrées. 213
— Formule de la médication alcaline dans le diabète sucré. 249
Moelle épinière.—Compression de sa partie antérieure. 223
MOESNER.— Cure radicale de la hernie inguinale. 28
Muguet.— Traitement abortif. 115
Musc contre la coqueluche. 119
MUSCHE.— Grossesse arrivée à terme après sept avortements successifs. 117
Mydriase. 25

N.

Nécrose des os maxillaires. 165, 247
NELIGAN.—Térébenthine dans le purpura. 207
Nerfs (Piqûre des). 89
Névralgie faciale.— Extrait de nicotiane. 168
Nicotiane dans la névralgie faciale. 168
Nitrate d'argent; guérit une épilepsie. 8
— contre la ménorrhagie. 165
— *de bismuth* dans la diarrhée. 10
—*de potasse* dans les fièvres intermittentes. 162
— — dans le scorbut terrestre. 167
Noix vomique dans la constipation. 24
NOVELLIS.— Observation de polydipsie. 30
— Scorbut terrestre. 167
Noyer (Préparations de). 203

O.

Obésité.— Bains alcalins. 159
Odontalgie (topique). 115
Ophthalmie scrofuleuse.— Huile de cade. 200
Opium; guérit un tétanos traumatique. 203
—Ses dangers chez les très jeunes enfants. 251

P.

Papuleuses (Affections). Pommade créosotée. 246
Paracentèse dans la pleurésie aiguë. 211
Paralysies traumatiques.— Acupuncture. 114
— Galvanisme. 139
PARCHAPPE.— Concrétions du cœur. 172
PARISET.— Éloge de Larrey. 76
PAROLA.— Huile de ricin. 166
Pathologie médicale (Éléments de). 241
PAYEN. — Propriétés nutritives du café. 259
PAYEN (J.-H.).—De l'entretien des vésicatoires. 247
Peau (*Maladies de la*) très curables en hiver. 114
Pellagre. 49, 57, 157, 167, 268
Péritonites. 133
— sans perforation au déclin de fièvres typhoïdes. 221
PERKINS.— Cas de fièvre congestive. 31
PERSONNE. — Falsification de l'iodure de potassium. 256
Pertes séminales. 116, 243
Peste (Rapport sur la). 209, 256
PÉTREQUIN. — Fistules liées à des caries dentaires. 50
PETZOLD.—Fièvre intermittente des enfants. 141
Phalanges unguéales. — De leur extirpation. 12, 105, 194
Phlébite (Guérison d'une). 23
Phosphoriques (*vapeurs*).—De la nécrose des os maxillaires qu'on leur attribue. 165, 247
Phthisie pulmonaire.— Antagonisme avec la fièvre intermittente. 163
— Tartre stibié. 113
— Traitement pendant l'hiver. 127
Pilules de tartre stibié. 255
Placenta rendu au bout de 28 jours. 31
— De ses adhérences intimes à l'utérus. 224
Plaie pénétrante de la poitrine. 122
Pleurésie aiguë.— Paracentèse. 211
Pneumonie.— Cantharides. 121
Polydipsie (Cas de). 30
Polypes de l'utérus. — Nouveau procédé opératoire. 171
Pommade contre l'eczéma. 124
— pour prévenir la chute des cheveux. 125
— *créosotée* dans les affections papuleuses. 246
Position élevée dans le traitement des ulcères des jambes. 224
Pouls.—Ses relations avec l'état fébrile et la température. 222
Précis de médecine opératoire. 199
Prix de l'Académie de médecine. 33
— de vaccine. 76
— de l'Académie des sciences. 259
PRUS.— Rapport sur la peste et les quarantaines. 209, 256
Psoriasis. 9
Pupille artificielle (Opération de). 235
Purpura hemorrhagica.— Térébenthine. 207

Q.

Quarantaines. 209, 256
Quinine (*Sulfate de*) dans le rhumatisme articulaire aigu. 184
— par la méthode pharyngienne. 172
— (*Valérianate de*). — Préparation. 67

R.

RACIBORSKI.— Du galvanisme. 161
Rage (Guérison d'un cas de). 168
Rate.— Hypertrophie subaiguë. 166
— Rupture spontanée. 118
RAYNAUD.— Extraction des phalanges. 194
REQUIN.— Éléments de pathologie médicale. 241
Résorption purulente.— Traitement. 202
RÉVEILLÉ-PARISE.— Cataplasmes froids. 21
Rhumatisme articulaire aigu.— Sulfate de quinine. 184
Ricin (*Huile de*). — Préparations pharmaceutiques. 166
RICORD.— Pommade contre l'alopécie. 125
— Maladies vénériennes. 230
RILLIET.— Méningite tuberculeuse des enfants. 158
RISTELHUEBER.— Du traitement arabique. 17
RITTER.— Moyens dynamiques pour prévenir les accouchements difficiles. 29
ROBERT.—Guérison d'abcès par congestion. 113
ROBIN.— Désinfection des cadavres. 171
ROCHARD.— Traitement des scrofules. 214
ROCHÉ.— Organisation actuelle de la médecine. 61
ROMUALDI.— Placenta rendu par fragments au bout de 38 jours. 31
ROSTAN.— Son enseignement clinique. 177
ROUSSEL.— De la pellagre. 57

ROUSSEL.— Maladies produites par la fabrication des allumettes chimiques. 130
ROUX (Jules). — Hydarthrose scapulo-humérale. 35
ROUX (Professeur). — Discours prononcé aux funérailles de Bichat. 40
ROYLE.—Origine de la gomme kino. 69

S.

Sabine dans la métrorrhagie. 68
SACHAILE.—Les médecins de Paris. 61
Sangsues.—Procédé de conservation. 208
Santonine.—Mode d'emploi. 105
SAUCEROTTE.—Réorganisation de la médecine en France. 61
SCHALLENMULLER.—Accouchement prématuré artificiel. 28
SCHNITZER.—Huile de foie de morue. 27
—Iode chez les enfants. 66
SCHOEPF.—Affections scrofuleuse et tuberculeuse. 205
Scorbut terrestre.—Nitre. 167
Scrofules.—Traitement. 205, 214
Sel marin.—Emploi thérapeutique. 201
SERRE (d'Alais).—Bégaiement. 129
—Huile de cade. 200
Séton pour la cure radicale de la hernie inguinale. 28
SICHEL.—Cinq cachets inédits de médecins oculistes romains. 61
SIMON (Max).— Déontologie médicale. 44, 106, 151
— Incontinence d'urine. 201
— Pommade créosotée. 46
SMITH.—Antidote de l'acide prussique. 69
SOBOTKA.—Dangers de l'opium chez les enfants. 251
Sommeil.—Son importance. 124
SOULÈCE.—Cautérisation de la vulve. 185
Spina-bifida.—Observations. 63, 149
Splanchnologie (Traité de). 44
Splénoncie sanguine. 166
Strychnine.—Empoisonnement. 160
Sublimé en bains dans la syphilis. 163
Suc gastrique.—Usages thérapeutiques. 35
SUCQUET.—Assainissement des amphithéâtres d'anatomie. 129
Suicide (Du) considéré comme maladie. 244
Surdité guérie par le galvanisme. 213
SYME. — Amputation tibio-tarsienne à 5 mois. 69
Synchysis étincelant. 26
Syphilis.—Généralités et traitement. 189
—Bains de sublimé. 163
— Clinique de M. Ricord. 230
Système nerveux ganglionnaire. 35

T.

TANCHOU.—Cautérisation de la vulve. 185
TARONI.— Cassure du lithotribe dans la vessie. 101
Tartre stibié dans la bronchite chronique. 66
— dans la phthisie. 113
—Inconvénients de sa solution à haute dose. 70, 255
Tartre stibié à haute dose en pilules. 255
TAVIGNOT.—Affections glaucomateuses. 171
TAYLOR. — Traitement de la gangrène sénile. 254
Température. — Ses relations avec l'état fébrile. 2
TEISSIER (de Paris).—Diathèse purulente. 202
TEISSIER (de Lyon).—De la constipation. 24
Térébenthine (*Huile de*) dans le purpura. 207
— (Collyre de). 247
Tétanos traumatique.— Anatomie pathologique. 120
— guéri par l'opium. 203
THIRIAL. — Déontologie médicale de M. Simon. 106, 151
THIRY.—De la syphilis. 189
— Traitement de la fissure à l'anus. 204
Thon (Empoisonnement par le). 22
THYS.—Chorée guérie par le camphre. 118
Tic douloureux. — Nature et traitement. 168, 254
Torticolis rhumatismal. 10
TOURTOIS. — Respiration du fœtus dans l'utérus. 203
Toux périodique nocturne des enfants. 250
TRIBERTI.—De la pellagre. 157
Trombus vulvo-périnéal. 103
TROUSSEAU. —Paracentèse dans la pleurésie aiguë. 211
— De l'abus des alcalins. 247
Tuberculeuse (Affection). 205
—(Voy. Phthisie pulmonaire).
Tuberculeuses (*excavations*). — Ponction. 255
TURCK.—Nature et traitement de la folie. 155
Typhus différant de la fièvre typhoïde. 170

U.

Ulcération phagédénique. 123
Ulcères.—Position élevée. 224
Uréthrite.—Méthode abortive. 117
Utérus.—Arrêt de son décroissement dans les métro-péritonites. 183
Débridement de son col. 159
(*Affections chroniques de l'*).—Ergot de seigle. 22

V.

Valérianate de quinine.—Préparation. 67
— *de zinc* dans la céphalalgie. 252
Variole.—Traitement abortif. 212
VEAGH. — Du tic douloureux. 254
Ver siégeant dans les chambres de l'œil. 206
Vésicatoires.—Moyens de les entretenir. 247
— dans les douleurs lombaires de la métrite. 224
— *ammoniacaux* aux pièces de monnaie. 201
Vessie (Ponction de la). 164
VIDAL (de Cassis).—Guérison d'une phlébite. 23
Vomissement de sang par suite de l'ouverture spontanée d'un abcès du cou. 68
Vulve.—Cautérisation au nitrate d'argent. 186

W.

WAHU.—Mémorial thérapeutique des officiers de l'armée de terre. 44
—Annuaire de médecine et de chirurgie. 157
WATSON.—Inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse. 169